



AUTORITATEA NAȚIONALĂ  
DE MANAGEMENT AL  
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

**ANMCS**

**GHID PENTRU  
EVALUATORII DE SPITALE  
CICLUL II DE ACREDITARE – REVIZIA I  
2020**

## **Autori Ghid**

*Coordonator - Dr. Vasile Cepoi  
Dr. Nicoleta De Cecco(Manu)*

### **Grupul de lucru coordonator elaborare Standarde:**

*DI. Vasile CEPOI - Președinte ANMCS,  
DI. Sorin UNGUREANU - Director General Adjunct  
ANMCS,  
DI. Marius FILIP - Director USSS,  
DI. Andrei DAVID - Director UEAS  
Dna. Nicoleta DE CECCO(MANU) - Șef Birou BSSSS,  
DI. Andrei ȘTEFAN - Consilier BSSSS,  
Dna. Adina GEANĂ - Expert ANMCS*

## **Experți participanți la elaborarea standardelor:**

*Carmen Mihaela Angheluță  
Vasile Astărăstoaie  
Mariana Brudașcă  
Daniel-Zizi Burghelea  
Ticu-Relu Chițac  
Ana-Maria Dădulescu  
Mihaela Fochi  
Adina Geană  
Nirvana Georgescu  
Daniela Mărghidan  
Constantin Milu  
Doina-Mihaela Miron  
Daniela Moșoiu  
Andrei Nanu  
Antonia Nițescu  
Sandală Daniela Prelipceanu  
Georgel Rusu*

## CUPRINS

<b>1. Introducere</b> .....	5
1.1. Termeni și expresii utilizate, abrevieri .....	5
<b>2. Acreditarea</b> .....	6
2.1. Definiție .....	6
2.2. Scopul acreditării .....	6
2.3. Scurt istoric al conceptului de calitate a serviciilor de sănătate .....	6
2.4. Principiile managementului calității .....	8
2.5. Obiectivele calității în acordarea serviciilor de sănătate .....	9
2.6. Avantajele și beneficiile acreditării pentru spital .....	10
2.7. Avantajele și beneficiile acreditării pentru pacient .....	10
<b>3. Maparea standardelor utilizate în ciclul II cu standardele din Ciclul I de acreditare</b> .....	10
<b>4. Descrierea standardelor de acreditare utilizate în Ciclul II de acreditare</b> .....	11
<b>5. Indicatori utilizați în evaluare</b> .....	237
5.1. Modalități generale de validare a indicatorilor .....	239
5.2. Teme și indicatori critici .....	241
<b>6. Evaluatori</b> .....	242
6.1. Definiție și rolul evaluatorului .....	242
6.2. Atribuțiile evaluatorului .....	242
6.2.1. Calitățile evaluatorului .....	243
6.2.2. Obligațiile și responsabilitățile evaluatorului .....	243
6.3. Formarea evaluatorului .....	243
6.4. Registrul evaluatorilor .....	244
6.5. Perfecționarea evaluatorului .....	246
6.6. Conduita evaluatorului .....	247
6.7. Conflictul de interese .....	249
6.8. Selecția evaluatorilor în vederea evaluării spitalului .....	249
6.9. Evaluarea evaluatorului .....	249
<b>7. Evaluarea spitalului</b> .....	252
7.1. Etapele evaluării .....	252
7.2. Tehnici utilizate de evaluatori .....	253
7.2.1. Analiza documentelor .....	253

7.2.2.	Interviul .....	254
7.2.3.	Chestionarul .....	255
7.2.4.	Observarea directă .....	255
7.3.	Instrumente utilizate de evaluatori .....	256
7.4.	Utilizarea instrumentelor de lucru .....	258
7.4.1.	Intocmirea programul de activitate - orarul .....	258
7.4.2.	Completarea listelor .....	264
7.4.2.1.	Utilizarea aplicației CaPeSaRo .....	267
7.4.2.2.	Modalitatea de completare a listelor de verificare .....	268
7.4.2.3.	Reguli de validare ale indicatorilor .....	269
7.4.3.	Chestionare .....	270
7.4.3.1.	Chestionarul administrat de evaluator .....	270
7.4.3.2.	Chestionarul auto-administrat .....	270
7.4.4.	Minute de ședință .....	270
7.4.4.1.	Minuta ședinței de deschidere .....	270
7.4.4.2.	Minuta sedinței zilnice .....	271
7.4.4.3.	Minuta sedinței de închidere .....	271
7.4.4.4.	Minuta sedinței echipei de evaluare .....	271
7.4.5.	Fișa de simulare a unei urgențe .....	271
7.4.6.	Fișa de simulare a intrării neautorizate în blocul operator/de nașteri, unitate operatorie independentă, sală de operații/nașteri, ATI, neonatologie .....	272
7.4.7.	Fișa de evaluare a unui indicator critic .....	272
7.4.8.	Fișa de simulare a evacuării în caz de incendiu .....	272
7.4.9.	Fișa de verificare a completării FO .....	273
7.4.10.	Fișa de de identificare și evidențiere a disfuncționalităților (FIED) .....	273
7.4.11.	Fișa de constatare a situațiilor deosebite (FCSD) .....	273
7.4.12.	Notă de constatare .....	273
7.4.13.	Registrul de evidență a documentelor CE în vederea acreditării .....	273
7.4.14.	Centralizatorul de date statistice .....	274
7.4.15.	Elaborarea proiectului raportului si a raportului de evaluare .....	274
<b>8.</b>	<b>Definiții .....</b>	<b>276</b>
<b>9.</b>	<b>Anexa 1 - "Declarația de disponibilitate privind participarea la evaluarea spitalelor în vederea acreditării și referitor la incompatibilitatea sau conflictul de interese" .....</b>	<b>278</b>
<b>10.</b>	<b>Anexa 2 "Declarația de integritate la solicitarea disponibilității evaluatorului" .....</b>	<b>280</b>

# 1. INTRODUCERE

## 1.1. Termeni și expresii utilizate, abrevieri

ASF – Autorizație Sanitară de Funcționare

U.S.S.S. – Unitatea de Standarde pentru Serviciile de Sănătate

FCDVE – Fișă de Calcul a Duratei Vizitei de Evaluare

UEAS – Unitatea de Evaluare și Acreditare a Spitalelor

CaPeSaRo – Aplicație informatică „calitate și performanță în sistemul sănătății publice din România”

CE – Comisie de Evaluare

DRG – DIAGNOSIS RELATED GROUP - schema de clasificare a pacienților în funcție de diagnostic

RUNOS – Resurse Umane, Normare, Organizare și Salarizare

ROF – Regulament de Organizare și Funcționare

RI – Regulament Intern

SMC – Structura de Management al Calității

RMC – Responsabil cu Managementul Calității

SSPLIAAM – Serviciul de Supraveghere, Prevenire și Limitare a infecțiilor Asociate Asistenței Medicale

CSPLIAAM – Compartimentul de Supraveghere, Prevenire și Limitare a infecțiilor Asociate Asistenței Medicale

FO – Foaie de Observație clinică generală

DMS – Durata Medie de Spitalizare

ATI – Anestezie Terapie Intensivă

UPU – Unitate Primiri Urgențe

CPU – Compartiment Primiri Urgențe

BO – Bloc Operator

BN – Bloc de Nașteri

UOI – Unitate Operatorie Independentă

SO – Sală de Operații

SN – Sală de Nașteri

BFT – Balneo-Fizio-Terapie

RMN – Rezonanță Magnetică Nucleară

CT – Computer Tomograf

## 2. ACREDITAREA

### 2.1. Definiție

Accreditarea unităților sanitare

- ✓ reprezintă procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora.<sup>1</sup>
- ✓ este un proces de evaluare externă și, principal, independentă, realizată de persoane special pregătite pentru aceasta – evaluatori.
- ✓ se focalizează pe trei dimensiuni: implementarea sistemului de management al calității, organizarea proceselor în vederea acordării serviciilor de sănătate și îmbunătățirea practicilor profesionale.

În acest mod, acreditarea privește spitalul ca pe un ansamblu de procese desfășurate de o organizație având ca rezultat serviciile de sănătate centrate pe pacient.

### 2.2. Scopul acreditării

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

### 2.3. Scurt istoric al conceptului de calitate a serviciilor de sănătate

Mișcarea modernă pentru garantarea calității în domeniul sănătății a fost inițiată în **1917**, când **Colegiul American al Chirurșilor (American College of Surgeons)** a elaborat primul set de standarde minime pe baza cărora spitalele să poată identifica și îndrepta acele servicii de sănătate care erau deficitare. Această strategie a stat, ulterior, la baza unui proces de acreditare, proces care, din 1951 și până astăzi, este administrat de Comisia Mixtă de Acreditare pentru Organizațiile furnizoare de Îngrijiri de Sănătate (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations). În Canada, Consiliul Canadian de Acreditare a Serviciilor de Sănătate - CCHSA, realizează același proces din 1959.

În **1966**, **Avedis Donabedian**, în articolul său devenit de referință, introduce conceptele de Structură, Proces și Rezultat, care constituie în ziua de astăzi paradigma dominantă a evaluării calității în sănătate.

---

<sup>1</sup> Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate.

Prin această abordare a evaluării calității, Donabedian a schimbat complet viziunea tradițională asupra sistemelor de sănătate; problemele de sănătate nu vor mai fi privite drept o înlanțuire de evenimente fără legătură, ci ca rezultat al unui proces complex, ghidat de principii generale.

În anii '80, eșecuri ale proceselor de inspecție, persistența unor deficiențe în asigurarea constantă a unui nivel de calitate satisfăcător, precum și creșterea costurilor, alături de apariția unor modele de management în industrie, a determinat, în țările dezvoltate, o reevaluare a conceptului de calitate bazat pe acreditare și standarde. Organizațiile de sănătate din SUA au început testarea filozofiilor industriale privitoare la Procesul de creștere continuă a calității (Continuos Quality Improvement - CQI) și de Management total al calității (Total Quality Management - TQM), filozofii inițiate în 1949, de inginerii japonezi.

Concomitent, procesul de acreditare a trecut de la inspecții pasive pentru constatarea nivelului calității către promovarea și aplicarea conceptului de îmbunătățire a calității.

În anul **1985**, un grup de profesioniști în sănătate se reunesc la Udine, în nordul Italiei, pentru a discuta pe tema asigurării calității în medicină. Astfel se pun bazele **Societății Internaționale pentru Calitate în Serviciile de Sănătate (International Society for Quality in Health Care - ISQua)**. Pe măsura trecerii timpului, ISQua a devenit principalul promotor mondial în privința calității în sănătate. Organizarea conferințelor periodice și publicarea revistei de specialitate de către ISQua, contribuie la promovarea principiilor calității. În 1995, după o întâlnire mondială în care au fost prezentate diferite oferte, se decide ca secretariatul general al ISQua să fie găzduit de Australia. Organizația este non-profit și este condusă de un consiliu executiv, care este ales o dată la 2 ani de Adunarea generală a membrilor. Membrii Consiliului Executiv sunt reprezentanți ai țărilor din Europa, America de Nord și de Sud și din regiunea Asia și Pacific.

În **Regatul Unit, Serviciul Național de Sănătate** își asumă o politică formală pentru calitate în **1991** și adoptă conceptul de îmbunătățire a calității pentru a îl transpune în practica serviciilor de sănătate.

În **România**, în anul **2009** se înființează **Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor (Co.N.A.S.)** ca instituție publică, aflată în coordonarea primului-ministru, reprezentând prima instituție națională cu rol în implementarea managementului calității în sistemul de sănătate. Comisia are ca principal scop acreditarea spitalelor în vederea îmbunătățirii continue a calității serviciilor medicale spitalicești din România.

În **2015** se desființează Co.N.A.S. și se înființează **Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate**, denumită în continuare **A.N.M.C.S.**, organism de acreditare a unităților sanitare, ca instituție publică cu personalitate juridică, organ de specialitate al administrației publice centrale în domeniul managementului calității în sănătate.



**Scopul A.N.M.C.S.** constă în asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, prin standardizarea și evaluarea serviciilor de sănătate și acreditarea unităților sanitare.

**Obiectivele A.N.M.C.S. sunt:**

1. să evalueze toate categoriile de unități sanitare din punctul de vedere al calității serviciilor de sănătate și al siguranței pacientului;
2. să elaboreze o metodologie de identificare, raportare și monitorizare a efectelor adverse asociate asistenței medicale, fără caracter acuzator;
3. să informeze personalul cu atribuții în procesul de management al calității cu privire la asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
4. să formeze personalul cu atribuții în procesul de management al calității;
5. să informeze pacienții cu privire la calitatea serviciilor de sănătate oferite de unitățile sanitare, pentru creșterea încrederii populației în calitatea serviciilor de sănătate;
6. să pună la dispoziția autorităților centrale decidente informații privind calitatea serviciilor de sănătate și siguranța pacientului;
7. să promoveze conceptul de management al calității în sănătate și siguranței pacientului prin editarea de publicații, elaborarea de materiale promoționale, organizarea de manifestări științifice.

#### **2.4. Principiile managementului calității**

Principiile generale ale managementului calității, adaptate organizației - unitate sanitară, sunt următoarele:

1. *Orientarea organizației către „pacienți”*. Acest principiu constă în dezvoltarea capacităților unității sanitare de a înțelege și a satisface cerințele pacienților săi. Identificarea cerințelor, necesităților și așteptărilor pacienților permite transpunerea acestora în specificații cu privire la anumite caracteristici de calitate și care stau la baza serviciilor de îngrijiri de sănătate furnizate de unitatea sanitară.
2. *Asigurarea „leadership-ului”*. Acest principiu constă în asigurarea angajamentului personal al managerului general și al structurii de conducere de a se implica în implementarea integrate a calității. În acest scop, managementul organizației adoptă planuri de dezvoltare, de îmbunătățire a calității, a sistemul de conducere a organizației în sine, a sistemul de instruire internă etc.
3. *Implicarea întregului personal în luarea deciziilor*. Acest principiu constă în dezvoltarea capacităților proprii și asigurarea premiselor pentru a fi posibilă decizia individuală în rezolvarea problemelor de zi cu zi și de a se implica în proiecte de îmbunătățire a calității.
4. *Abordarea bazată pe proces*. Toate activitățile din organizație sunt abordate ca procese documentate și controlate, pentru a satisface cerințele pacienților și ale aparținătorilor. Sunt stabilite responsabilități precise pentru conducerea proceselor, cu identificarea interfațării proceselor cu funcțiile organizație.
5. *Abordarea managementului ca sistem*. Identificarea, înțelegerea și conducerea sistemului de management al calității, format din procese intercorelate, pentru obiective date, îmbunătățește eficiența organizației. Toți salariații cunosc misiunea și viziunea organizației și participă la monitorizarea proceselor.

6. *Îmbunătățirea continuă a performanțelor.* Implicarea și consecvența la toate nivelurile și în toate sectoarele de activitate în privința creșterii performanțelor organizației spitalului este un proces continuu. De exemplu, începând din anii 90, Joint Commission, responsabilă cu acreditarea pentru aproximativ 90% dintre spitalele americane, a introdus între standardele sale întrebarea dacă șefii spitalelor dezvoltă planuri pentru evaluarea și îmbunătățirea serviciilor lor, aceasta însemnând cerințe specifice cu privire la colectarea și prelucrarea de date privind creșterea performanței.

## 2.5. Obiectivele calității în acordarea serviciilor de sănătate

Managementul calității reprezintă un ansamblu de activități având ca scop realizarea unor obiective, prin utilizarea optimă a resurselor. Acest ansamblu cuprinde activități de planificare, coordonare, organizare, control și asigurare a calității. Unitatea sanitară își propune o serie de "obiective strategice" - economice, sociale, tehnice, comerciale, care se realizează prin intermediul unor "obiective operaționale - specifice":



1. dezvoltarea activității unității sanitare conform nevoilor de sănătate a populației din arealul deservit;
2. asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
3. asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita competenței asumate de unitatea sanitară;
4. respectarea demnității umane, a principiilor eticii și deontologiei medicale și a grijii față de sănătatea pacientului;
5. implementarea guvernancei clinice, pentru asigurarea serviciilor de sănătate centrate pe pacient;
6. îmbunătățirea eficacității și eficienței proceselor din întreaga organizație prin implementarea protocoalelor de diagnostic și tratament, precum și reglementarea proceselor desfășurate în unitatea sanitară și prin implementarea conceptului de evaluarea a practicii profesionale prin audit clinic și optimizarea procesului decizional;
7. abordarea integrată, interdisciplinară a pacientului în managementul de caz;
8. asigurarea continuității asistenței medicale în cadrul unității sanitare, prin asigurarea resurselor necesare, conform competenței asumate și după externare până la rezolvarea cazului, prin colaborare cu medicii de familie, medicii specialiști din ambulatoriul de specialitate sau alte unități sanitare cu paturi, după caz.;
9. învățarea din erori;
10. formarea și dezvoltarea culturii organizaționale;
11. reducerea pierderilor datorate non-calității;
12. protejarea mediului;
13. un mediu de lucru optim pentru toți angajații.

## 2.6. Avantajele si beneficiile acreditării pentru unitatea sanitară cu paturi

- ✓ Creșterea credibilității unității sanitare și a încrederii în serviciile medicale oferite de către aceasta;
- ✓ Creșterea calității și siguranței activității medicale;
- ✓ Creșterea încrederii personalului din unitățile sanitare, contribuind la motivarea acestuia și la formarea culturii organizaționale;
- ✓ Creșterea predictibilității activităților unităților sanitare;
- ✓ Studierea evenimentelor adverse ca un proces de învățare din erori;
- ✓ Creșterea eficacității și eficienței serviciilor medicale
- ✓ Creșterea satisfacția angajaților;
- ✓ Scaderea riscurilor generate de mediul extern.



## 2.7. Avantajele si beneficiile acreditării pentru pacient

- ✓ Creșterea siguranței și a satisfacției pacienților;
- ✓ Scăderea riscului infecțios pentru pacienți, aparținători, angajați, voluntari și elevi/studenti/rezidenți;
- ✓ Scăderea riscului infecțios al mediului de îngrijire (lenjerie, alimente, cazare, ambient);



## 3. MAPAREA STANDARDELOR UTILIZATE ÎN CICLUL II CU STANDARDELE DIN CICLUL I DE ACREDITARE

Maparea standardelor se regăsește descrisă pe larg în **Manualul standardelor de acreditare a unităților sanitare cu paturi**.

## 4. DESCRIEREA STANDARDELOR DE ACREDITARE UTILIZATE ÎN CICLUL II DE ACREDITARE

Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate definește acreditarea unităților sanitare ca fiind „procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile prezentei legi, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico- profesională și organizatorică a acestora”.

- ❖ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor definește:
- ❖ **Referință (R)** - grupare de standarde, criterii și cerințe, având același domeniu de aplicare;

**Standard (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;

**Criteriu (Cr)** - obiectivul specific de realizat pentru îndeplinirea standardului;

**Cerință (C)** - acțiuni care trebuie întreprinsă pentru realizarea obiectivului specific.

**Ediția a II-a a Standardelor Spitalicești** utilizate în Ciclul II de acreditare se adresează unui sistem medical **centrat** pe pacient, urmărind schimbarea de paradigmă: **“to cure” in “to care”**.

**Scopul** este de a aduce medicul/personalul medical mai aproape de pacient și de a integra serviciile de sănătate. Procedurile și metodologia de acreditare a spitalelor respectă următoarele **fundamente și principii**:

- Transparență și deschidere
- Comunicare profesională
- Nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii și deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului
- Promovarea eficienței și eficacității - prin evaluarea calității, integrarea priorităților de sănătate publică, monitorizare și abordări multidisciplinare, pluridisciplinare și intersectoriale, optimizarea procesului decizional și a utilizării fondurilor
- facilitarea accesului la serviciile medicale oferite de spitale
- Coerență, evoluție și dinamism, incluzând întreg ansamblul de activități cu caracter logistic, tehnic și medical
- Protecția mediului
- Obiectivitatea, confidențialitatea, integritatea și profesionalismul evaluatorilor

**Avantajele** Ediției a II-a a Standardelor Spitalicești :

- Utilizează standarde acreditate ISQua
- Sunt generate de sistemul medical din România, fiind adoptate prin consensul părților implicate
- Urmărește procesele în desfășurare și continuitatea lor
- Utilizează “indicatori santinelă”
- Personalul ANMCS/evaluatorii urmează pregătire specifică

**Beneficiile** Ediției a II-a a Standardelor Spitalicești:

- Standardele sunt centrate pe pacient/utilizator de servicii
- Evaluează rolul organizațional (planificare și performanță)
- Evaluează siguranța și riscul (organizațional, pacienți, personal)
- Evaluează performanța calității
- Aplicarea este flexibilă în funcție de organizație, utilizează un sistem de evaluare personalizat spitalului

În Ciclul II de acreditare sunt evaluate 3 domenii de referință, pe baza a 27 de standarde, 94 de criterii și 300 de cerințe, cu următoarea distribuție:

➤ **Referința MANAGEMENTUL STRATEGIC ȘI ORGANIZAȚIONAL**

9 standarde



32 criterii



113 cerințe

➤ **Referința MANAGEMENTUL CLINIC**

15 standarde



53 criterii



168 cerințe

➤ **Referința ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI**

3 standarde



9 criterii



19 cerințe

Descrierea standardelor se regăsește prezentată pe larg în **Manualul standardelor de acreditare a unităților sanitare cu paturi**.

## 4. EVALUAREA ACTIVITĂȚILOR DESFĂȘURATE ÎN SPITAL

### 01. MANAGEMENTUL STRATEGIC ȘI ORGANIZAȚIONAL – REFERINȚA 1

1

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



**01.01.01. Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate de:



**01.01.01.01. 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.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ planul strategic al spitalului cuprinde concluziile analizei privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ analiza pieței serviciilor de sănătate din zona de acoperire



**01.01.01.02. Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ obiectivele strategice ale spitalului se bazează pe concluziile analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ analiza nevoii de servicii medicale cuprinde și morbiditatea migrantă

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum a fost estimată morbiditatea migrantă

Morbiditate migrantă este reprezentată de pacienții din zona deservită de USP care se adresează unui alt USP, de aceeași categorie de competență. Datele pot fi accesate din informațiile centralizate de către SNSPMPDSB.



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **01.01.02.01. Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ planul strategic al spitalului este formalizat și asumat de autoritatea tutelară sau patronat, după caz
- ✓ toate obiectivele/activitățile din planul strategic conțin o evaluare a resurselor necesare (umane, materiale, financiare), cu precizarea sursei de finanțare



#### **01.01.02.02. Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților face parte din obiectivele planului strategic
- ✓ obiectivele planului strategic au indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există analize periodice ale îndeplinirii obiectivelor strategice privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților
- ✓ respectarea graficului GANT din planul strategic

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este nivelul de îndeplinire a obiectivelor/ activităților din planul strategic
- ✓ care sunt datele de analiză a îndeplinirii obiectivelor/ activităților din planul strategic, periodicitatea de culegere a datelor și care sunt indicatorii utilizați pentru măsurarea acestora



#### **01.01.02.03. Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul anual de activități al USP

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ activitățile din planul strategic al spitalului au precizate persoanele implicate cu menționarea responsabilităților șefilor sectoarelor de activitate în îndeplinirea obiectivelor

- ✓ planul anual de activități al USP cuprinde activitățile aferente din planul strategic al spitalului

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este nivelul de îndeplinire a planului anual de activități al USP



### **01.01.03. Planul strategic se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **01.01.03.01. La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modului de funcționare a echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ analize periodice ale activității echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru analiza activității echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic, periodicitatea de colectare a datelor, indicatorii care măsoară eficacitatea activității acestora, dacă au fost luate măsuri în urma acestor analize



#### **01.01.03.02. Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ raportul de analiză a nivelului de îndeplinire a obiectivelor strategice și dacă măsurile din raport cuprind modificări ale planificării, decizia de actualizare a planificării anuale de realizare a obiectivelor strategice

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ rapoarte de analiză periodică a realizării obiectivelor strategice care să cuprindă concluzii și propuneri de măsuri pentru actualizarea planificării anuale de realizare a obiectivelor strategice

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele de analiză a realizării obiectivelor strategice colectate, periodicitatea de colectare și indicatorii care măsoară realizarea obiectivelor strategice



### **01.01.03.03. Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea anuală a activităților pentru realizarea obiectivelor planului strategic
- ✓ decizii de nominalizare a responsabililor pentru îndeplinirea obiectivelor planului strategic

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dacă este respectată planificarea anuală a activităților pentru realizarea obiectivelor planului strategic

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cine și cum monitorizează îndeplinirea obiectivelor planului strategic



### **01.01.04. Strategia institutelor clinice și a spitalelor clinice include și dezvoltarea sectorului de cercetare științific**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.01.04.01. Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în planul strategic al spitalului sunt menționate obiective privind cercetarea științifică (dacă în obiectul de activitate al spitalului există cercetarea științifică)

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ parteneriate naționale și/sau internaționale pentru realizarea cercetării științifice (dacă în obiectul de activitate al spitalului există cercetarea științifică)



### **01.01.04.02. Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ îmbunătățirea calității și a performanței actului medical este menționată în obiectivele planului strategic

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ temele de cercetare sunt corelate cu obiectivele strategice ale spitalului

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt temele de cercetare.



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ activitățile de cercetare ale institutelor/spitalelor clinice în domeniul managementului bolilor cu incidență crescută și impact semnificativ asupra sănătății populației

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența activităților de cercetare desfășurate în spitalele din vecinătate cu activitate asemănătoare

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ ce activități de cercetare se desfășoară în institut cu privire la tehnici terapeutice, în vederea reducerii expunerii pacientului la riscuri.

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



**01.02.01. Spitalul funcționează cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.02.01.01. Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Lista autorizațiilor necesare și existente la nivelul spitalului
- ✓ Lista avizelor necesare și existente la nivelul spitalului
- ✓ Lista certificatelor existente la nivelul spitalului
- ✓ Decizii de numire a responsabililor cu obținerea și monitorizarea autorizațiilor/ avizelor/ certificatelor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Spitalul ține evidența documentelor și are responsabili desemnați în domeniul autorizării, avizării, certificării



**01.02.01.02. Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Spitalul respectă condițiile de organizare și funcționare care au stat la baza eliberării autorizațiilor și avizelor specifice

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Personalul responsabil cunoaște condițiile reglementate prin lege privind autorizarea, avizarea și certificarea



**01.02.02. Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată și, după caz, actualizată periodic.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.02.02.01. Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Raportul de analiză privind nevoile de servicii de sănătate a populației deservite

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Corespondența dintre structura aprobată a spitalului și rezultatele analizei privind nevoile de servicii de sănătate a populației deservite
- ✓ Ce cuprind și cum sunt elaborate /structurate ROF-ul și RI al spitalului



**01.02.02.02. Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Statul de funcții aprobat la nivelul spitalului (număr personal de specialitate existent, pe categorii, pe secții/compartimente și servicii medicale)
- ✓ Indicatorii de monitorizare a utilizării serviciilor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Indicatorii de monitorizare a utilizării serviciilor sunt raportați la cererea de servicii de sănătate
- ✓ Rapoartele de analiză ale indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor cuprind concluzii și recomandări/măsuri

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor, care este periodicitatea de analiză
- ✓ Ce măsuri au fost implementate în urma analizelor indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor



**01.02.02.03. Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale indicatorilor eficacității și eficienței proceselor care se desfășoară la nivelul spitalului:
  - managementul documentelor,
  - managementul alimentelor,
  - managementul lenjeriei,
  - managementul deșeurilor,
  - managementul internării,
  - managementul pacientului decedat etc.

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Rapoartele de analiză ale indicatorilor eficacității și eficienței proceselor care se desfășoară la nivelul spitalului cuprind concluzii și recomandări/măsuri

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei indicatorilor eficacității și eficienței proceselor care se desfășoară la nivelul spitalului, care este periodicitatea de analiză
- ✓ Ce măsuri au fost implementate în urma analizelor indicatorilor eficacității și eficienței proceselor care se desfășoară la nivelul spitalului.





**01.02.03. Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaționale, asigurând integrarea proceselor și consolidarea controlului managerial.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.02.03.01. Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ LISTA Comisiilor, Comitetele și Consiliilor reglementate și organizate la nivelul spitalului (vezi Manualul standardelor pag. 96)
- ✓ DECIZIILE formalizate de constituire a Comisiilor, Comitetele și Consiliilor organizate la nivelul spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Corespondența dintre Comisiile, Comitetele și Consiliile reglementate și cele constituite

**Vizită:**

**Ce trebuie vadă evaluatorul?**

- vizită
  - ✓ Corespondența dintre Comisiile, Comitetele și Consiliile constituite și persoanele angajate și care participă efectiv ca membri
  - ✓ Fișa postului pentru membrii din Comisiile, Comitetele și Consiliile constituite (prin sondaj)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Cum funcționează efectiv Comisiile, Comitetele și Consiliile constituite, la ce intervale se întâlnesc.



**01.02.03.02. Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe/vadă evaluatorul?**

- vizită
  - ✓ Cum funcționează efectiv Comisiile, Comitetele și Consiliile constituite
  - ✓ Ce discută / analizează?
  - ✓ Ce măsuri au propus pentru problemele analizate, ce măsuri dintre cele propuse au fost implementate
  - ✓ Ce rezultate s-au obținut

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



#### 01.03.01. Politica de resurse umane este documentată și adaptată nevoilor privind organizarea și funcționarea unității.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 01.03.01.01. 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.

##### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Organigrama
- ✓ Analiza posturilor (denumire consacrată în RO!)
- ✓ Strategia de dezvoltare în domeniul resurselor umane (Plan strategic)
- ✓ Planul anual de formare profesională
- ✓ Analiza pe resurse umane trebuie să cuprindă:
  - Structura personalului pe grupe de vârstă, pe profesii, pe nivel de calificare
  - Situația posturilor (normate, ocupate, vacante)
  - Gradul de asigurare cu personal d.p.d.v. structural (la număr și tipuri de posturi) și calitativ (la competențe necesare și existente)
  - Eficiența utilizării personalului (distribuția pe sectoare de activitate)
  - Utilizarea timpului de muncă (distribuția sarcinilor/atribuții)
  - Situația mobilității și stabilității personalului (gradul de fluctuație)
  - Volumul de activitate în sectoarele medicale (număr pacienți – capacitate hotelieră și adresabilitate, tipuri de patologii – investigații\*, proceduri\*, manevre\* și intervenții necesare\*, grad de dependență)
  - Atribuțiile din Fișa postului sunt corespondente cu calificările/autorizările personalului (se verifică prin sondaj 1-2 fișe de post/categorii de personal)
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru reglementarea cu privire la necesarul minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale dacă USP afirmă că a fost analizată

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ Corespondența dintre organigramă (număr posturi aprobate/structură) și datele utilizate/rezultatele din analiză
- ✓ Corespondența dintre strategia de dezvoltare în domeniul resurselor umane, rezultatele din analiză și planul anual de formare profesională

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la necesarul minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Spitalul are organizată la nivelul structurii de resurse umane, evidența calificărilor și autorizărilor personalului
- ✓ Fișele de post sunt semnate de către toate persoanele abilitate
- ✓ Stabilirea numărului de posturi/tură a avut în vedere analiza gradului de dependență al pacienților
- ✓ Numărul persoanelor aflate în tură corespunde numărului stabilit ca necesar, în funcție de gradul de dependență al pacienților (se verifică prin sondaj)
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se stabilește necesarul minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea stabilirii necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ la modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al angajaților sunt consultați reprezentanții angajaților
- ✓ există evidența noxelor și a locurilor de muncă expuse la acestea (Noxe: factori din condițiile de muncă, care influențează negativ starea de sănătate a angajaților, determinând sau favorizând starea de boală sau scăderea capacității de muncă, exemple de noxe: umiditate crescută, abur, temperatură crescută, radiații, substanțe/gaze toxice, praf, iradiere aparatură etc.)



**01.03.01.02. Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale structurii posturilor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Rapoartele de analiză ale structurii posturilor cuprind concluzii și recomandări/măsuri

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Evidența posturilor neocupate, pe specialități

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Spitalul are organizată la nivelul structurii de resurse umane evidența actualizată a posturilor neocupate, pe specialități

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei structurii posturilor, care este periodicitatea de analiză
- ✓ Ce măsuri au fost implementate în urma analizelor structurii posturilor



**01.03.01.03. Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Strategia de dezvoltare în domeniul resurselor umane (Plan strategic)
- ✓ Contractul de management al managerului
- ✓ Contracte de administrare ale șefilor de secție
- ✓ Planul anual de selecție și recrutare a personalului
- ✓ Planul anual de formare profesională

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Corespondența dintre obiectivele strategiei de dezvoltare în domeniul resurselor umane și Planul de management al spitalului / contractului de management / contractelor de administrare
- ✓ Planul anual de selecție și recrutare a personalului are avizul/acordul reprezentanților angajaților
- ✓ Planul anual de dezvoltare/formare profesională a personalului are avizul/acordul reprezentanților angajaților



**01.03.01.04. Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Planul anual de formare profesională
- ✓ Estimarea cheltuielilor corespunzătoare planului anual de formare/ dezvoltare profesionale
- ✓ Bugetul de venituri și cheltuieli

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Corespondența dintre estimarea cheltuielilor corespunzătoare planului anual de formare/ dezvoltare profesionale și suma alocată în bugetul de venituri și cheltuieli



**01.03.02. Nevoia de personal este stabilită conform capacității tehnice, hoteliere, adresabilității, morbidității tratate, normativului de personal și auditului timpului de muncă, după caz.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.03.02.01. Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru reglementarea cu privire la determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități dacă USP afirmă că a fost analizată

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (este înregistrată în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele umane ale USP sunt adaptate reglementării

- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se determină gradul mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități
- ✓ repartizarea asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se realizează în funcție de gradul mediu de dependență a pacienților internați

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum determină gradul mediu de dependență a pacienților internați
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea determinării gradului mediu de dependență a pacienților internați, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ cum se realizează repartizarea numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale necesarului de personal
- ✓ planul de selecție și recrutare

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ În analiza pentru stabilirea necesarului de personal se ține cont de utilizarea la capacitate nominală a echipamentelor și aparaturii din dotare
- ✓ Rapoartele de analiză ale necesarului de personal cuprind concluzii și recomandări/ măsuri
- ✓ În planul de selecție și recrutare sunt menționate posturile vacante de personal necesar pentru utilizarea la capacitate nominală a echipamentelor și aparaturii din dotarea spitalului

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Planul de selecție și recrutare este respectat

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei necesarului de personal, care este periodicitatea de culegerii acestora
- ✓ Ce măsuri au fost implementate în urma analizelor



### **01.03.02.03. Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 Fișe de post
- ✓ 2-3 dosare de personal
- ✓ evidența valabilității autorizațiilor și avizelor profesionale ale personalului
- ✓ evidența activităților de asistență medicală pentru care sunt necesare certificări suplimentare (atestare, competențe etc)

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Spitalul are organizată la nivelul structurii de resurse umane, evidența calificărilor și autorizărilor personalului
- ✓ Atribuțiile din Fișa postului sunt corespunzătoare cu calificările/autorizările personalului (se verifică prin sondaj 1-2 fișe de post/categorii de personal)
- ✓ Fișele de post ale personalului medical de îngrijire au prevăzute responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire
- ✓ Fișele de post sunt semnate de către toate persoanele abilitate
- ✓ La dosarul de personal se regăsesc actele/documentele de studii obținute în anul anterior, care corespund cu Planul anual de dezvoltare profesională (din anul anterior)\* - prin sondaj \*Atenție! Persoanele care au obținut acte/documente de studii, de regulă, sunt mai multe decât cele care au urmat asemenea programe prevăzute în Planul anual pentru a urma programe de dezvoltare profesională (din lipsa fondurilor suficiente, există situații în care personalul urmează programe de pregătire pe cheltuială proprie)
- ✓ Noul angajat este informat cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității sale, este îndrumat/monitorizat în perioada de probă și evaluat la sfârșitul perioadei de probă
- ✓ Personalul cu nivel "satisfăcător" la evaluările anuale este programat anul următor la o formă de pregătire specifică domeniului în care a fost evaluat cu deficit

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care sunt rezultatele analizei posturilor (Managerul și membrii Comitetului director sunt la curent cu acestea la nivelul întregului spital!)
- ✓ Care este numărul și categoriile (calificarea) de persoane pensionabile în anul următor
- ✓ Care este numărul și categoriile de persoane cărora le expiră autorizațiile în luna următoare
- ✓ Personalul cunoaște atribuțiile din Fișa postului (se verifică prin sondaj), inclusiv sarcinile suplimentare stabilite prin decizie (se verifică prin sondaj – ex: dreptul de semnătură)
- ✓ Cum procedează în situația unui nou angajat
- ✓ Cum procedează cu personalul cu nivel "satisfăcător" la evaluările anuale, dacă au avut astfel de situații



### 01.03.03. Politica de personal motivează angajații și determină îmbunătățirea calității.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 01.03.03.01. 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.

**Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovezi care atestă informarea angajaților cu privire la potențialele probleme privind condițiile de muncă (adaptate la modul stabilit de USP – procese verbale ale ședințe, materiale informative cu puncte de vedere ale angajaților/reprezentanților acestor etc.)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modul de informare a angajaților cu privire la potențialele probleme privind condițiile de muncă



#### 01.03.03.02. Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.

**Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Model de Chestionar de evaluare a gradului de satisfacție a personalului
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru reglementarea cu privire la utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului dacă USP afirmă că a fost analizată

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Corespondența dintre indicatorii utilizați în analiză (vezi ce trebuie să conțină analiza) și întrebările conținute în chestionar
- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului

**Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului utilizator
- ✓ procese verbale în care sunt menționați reprezentanții angajaților ca participanți la analiza chestionarelor de satisfacție a angajatului

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum utilizează chestionarul de satisfacție a angajatului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei utilizării chestionarului de satisfacție a angajatului, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ la analiza chestionarelor de satisfacție participă reprezentanții angajaților



**01.03.03.03. Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Model de Chestionar de evaluare a gradului de satisfacție a personalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a calității vieții profesionale a angajaților

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Rapoartele de analiză a calității vieții profesionale a angajaților cuprind concluzii și recomandări/ măsuri
- ✓ Corespondența dintre indicatorii utilizați în analiză (vezi ce trebuie să conțină analiza) și întrebările conținute în chestionar
- ✓ Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia și calitatea vieții profesionale

Calitatea vieții profesionale se exprimă prin nivelul de satisfacție în raport cu munca prestată și este determinată/influențată de următorii factori:

- Nivelul de salarizare
- Autonomia în muncă
- Perspectivile de a avansa în carieră
- Siguranța locului de muncă
- Securitatea la locul de muncă
- Posibilitățile de instruire/formare profesională suplimentară
- Relațiile și interacțiunile de la locul de muncă
- Cultura organizațională
- Imaginea instituției

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ procese verbale în care sunt menționați reprezentanții angajaților ca participanți la analiza calității vieții profesionale a angajaților
- ✓ evaluarea sănătății angajaților se realizează periodic în funcție de particularitățile condițiilor de muncă

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ Personalul cunoaște conținutul chestionarului de evaluare a satisfacției angajaților
- ✓ Care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei structurii posturilor, care este periodicitatea de culegerii acestora
- ✓ Ce măsuri au fost implementate în urma analizelor
- ✓ Cum se realizează evaluarea sănătății angajaților



### 01.04. Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului.



#### 01.04.01. Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



*01.04.01.01. Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.*

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ plan multianual de investiții
- ✓ plan anual

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ plan multianual de investiții este aprobat (CA, MS, autoritate tutelara, patronat)
- ✓ plan anual de investiții este aprobat (CA, MS, autoritate tutelara, patronat) respectă planul multianual de investiții
- ✓ calendar al achizițiilor propuse în planul de investitii
- ✓ investițiile cuprinse în plan respectă planul strategic și planul de management
- ✓ Investițiile au precizate sursa de finanțare

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ planul de investiții trebuie să fie documentat de nota de fundamentare ( se va verifica daca analizele privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit stau ca documente de referință pentru nota de fundamentare)
- ✓ studii de fezabilitate(rentabilitate) pentru investițiile propuse în plan
- ✓ unitatea sanitară respectă calendarul de realizare a planului de investiții

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ Care sunt achizițiile realizate până la data vizitei (se urmăresc achizițiile conform calendarului planului de investiții)



#### **01.04.01.02. Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ bugetul de venituri și cheltuieli
- ✓ planul anual de investiții

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ unitatea sanitară are definite sursele de realizare a veniturilor proprii (contract cu casa de sanatate, subventii de la bugetul de stat/local, veniturii proprii, donatii, fonduri europene etc.)
- ✓ veniturile și cheltuielile prevăzute în buget asigură realizarea planului anual de investiții

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ este respectat calendarul prevăzut pentru planul anual de investiții
- ✓ unitatea sanitară a întocmit note de execuție bugetară din care să reiasă respectarea planului anual de investiții
- ✓ unitatea sanitară a analizat lunar comparativ execuția investițiilor cu calendarul planului anual de investiții



#### **01.04.02. Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului susține realizarea planului anual de servicii.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **01.04.02.01. Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ la nivelul spitalului (departamentul financiar-contabil) nota de fundamentare a cheltuielilor
- ✓ referatele șefilor de departamente cu fundamentarea necesarului
- ✓ înregistrarea consumurilor pe servicii la nivel de secție/laborator
- ✓ evaluarea costurilor de către contabilitate
- ✓ analiza costurilor serviciilor oferite

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ modalitatea de fundamentare a cheltuielilor estimate se bazează pe necesarul estimat de șefii de departamente
- ✓ necesarul estimat de șefii de secții este fundamentat pe baza protocoalelor de diagnostic și tratament și a numărului de cazuri estimate pe categorii de diagnostice (pe baza istoricului)
- ✓ rapoartele șefilor sectoarelor de activitate privind consumurile specifice și statutul de personal aprobat sunt documente de referință pentru nota de fundamentare a cheltuielilor
- ✓ unitatea sanitară (departamentul financiar-contabil) are determinat costul mediu pe diagnostic



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

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ raport de analiză a veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ nivelul de realizare a veniturilor planificate
- ✓ nivelul de realizare a cheltuielilor planificate
- ✓ concordanța între planificare și realizare în ceea ce privește echilibrul venituri-cheltuieli

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au existat neconcordanțe între planificarea veniturilor versus cheltuieli
- ✓ analiza raportului dintre cheltuieli și veniturile alocate la nivel de secție
- ✓ care au fost dificultățile de implementare a măsurilor rezultate în urma analizelor efectuate



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.04.03.01. Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a sistemului de înregistrare a consumurilor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a sistemului de înregistrare a cheltuielilor

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decontul pe pacient (2-3 care sunt anexate la FO)

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ unitatea sanitară are definite centrele de cost
- ✓ monitorizarea costurilor

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum înregistrează consumurile (se verifică respectarea reglementării)
- ✓ cum înregistrează cheltuielile (se verifică respectarea reglementării)
- ✓ cum monitorizează consumurile și cheltuielile
- ✓ dacă au existat probleme la nivelul secțiilor cu privire la creșterea nejustificată a consumurilor (medicamente, materiale snaitare, etc) și dacă au existat, ce măsuri au fost implementate din cele propuse



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

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ contractul de administrare a secției/laboratorului ( spitale publice) sau anexe la contractul de muncă/mandat etc. (spital privat)

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ indicatorii financiari de performanță din contractul de administrare a secției/laboratorului ( spitale publice) sau anexele la contractul de muncă/mandat etc. (spital privat)

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au existat situații de neîndeplinire a indicatorilor financiari de performanță din contract
- ✓ ce măsuri au fost implementate în urma analizei indicatorilor financiari de performanță din contract



### **01.04.04. Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.04.04.01. Spitalul asigura evidenta si monitorizarea produselor și serviciilor critice.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista produselor și serviciilor critice necesare funcționării optime a unității sanitare
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de monitorizare a contractelor de furnizare de produse și servicii critice

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ unitatea sanitară are definite produsele și serviciile critice

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum asigură biroul de achiziții monitorizarea contractelor de furnizare de produse și servicii critice



#### **01.04.04.02. Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista produselor și serviciilor critice
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modului de completare a stocurilor în momentul atingerii nivelului minim acceptat

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența inventarului cu produse critice în care este precizată și valoarea stocului minim acceptat
- ✓ funcționarea sistemului de alertare la atingerea stocului minim

##### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au existat sincope în desfășurarea activității datorate lipsei produselor sau a serviciilor critice
- ✓ cum a fost stabilită valoarea stocului minim acceptat (a ținut cont de termenele de livrare stipulate în contract, rata de consum a produselor critice etc.)



#### **01.04.04.03. Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ tabel comparativ între Planul de achiziții stabilit la nivelul lunii decembrie a anului precedent, pentru anul următor, cu Planul de achiziții aprobat, la momentul aprobării bugetului pentru anul în curs

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Dacă există diferențe semnificative între necesarul solicitat de secții în ceea ce privește medicamentele (utilizate în urgență, uzuale și Programe Naționale de Sănătate), materiale sanitare, desinfecțanți, reactivi (după caz), servicii

##### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au existat situații de disfuncționalități în desfășurarea activității medicale generate de probleme legate de aprovizionare cu produse sau servicii (se consemnează răspunsul interlocutorilor la rubrica observații)
- ✓ dacă au fost situații de nerespectare a protocoalelor de diagnostic și tratament generate de probleme legate de aprovizionare cu produse sau servicii (se consemnează răspunsul interlocutorilor la rubrica observații)



#### **01.04.04.04. Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista cazurilor excepționale identificate de către spital
- ✓ raport de analiză a modalității de aprovizionare cu produse și servicii critice pentru cazuri excepționale, dacă au avut astfel de situații

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ unitatea sanitară are indentificate si evidențiate posibilele cazuri excepționale, precum și aprovizionarea cu produse și servicii critice pentru astfel de situații

### Vizită:

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ Personalul cunoaște ce are de facut în cazuri excepționale

Caz excepțional: eveniment care prin amploare și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediul înconjurător, valorile materiale și culturale importante, iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri și acțiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare și managementul unitar al forțelor și mijloacelor implicate.



## 01.05. Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital.



### 01.05.01. Sistemul informațional asigură datele necesare documentării activităților spitalului.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 01.05.01.01. Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.

### Previzită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind primirea și înregistrarea solicitărilor externe de informații
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind setul de date necesar a fi centralizate, modul de prelucrare și comunicare a acestora

### Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ decizie care stabilește categoriile de informații care sunt vizate de solicitări externe
- ✓ existența și funcționalitatea "tabloului de bord"
- ✓ cunoașterea și aplicarea instrucțiunilor specifice pentru utilizarea categoriilor de informații, existența funcțiilor/posturilor cu responsabilități
- ✓ respectarea modalității de centralizare, prelucrare și comunicare a datelor

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este modalitatea de primire și înregistrare a solicitărilor externe de informații
- ✓ cum culeg, prelucrează și comunică datele



### **01.05.01.02. Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Decizia de nominalizare a responsabilului cu sistemul informatic/ administratorul de sistem
- ✓ contract de mentenanță pentru componentele sistemului informatic

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dacă persoana nominalizată ca responsabil cu sistemul informatic/ administratorul de sistem corespunde realității
- ✓ contractul de mentenanță pentru componentele sistemului informatic este în termen de valabilitate

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este definit modul de monitorizare și optimizare a sistemului informatic



### **01.05.02. Circuitele și fluxurile informaționale susțin desfășurarea activităților și a procesului decizional.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.05.02.01. Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista informațiilor critice identificate, care trebuie transmise cu prioritate către utilizatori

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există identificate datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților personalului
- ✓ accesul personalului în timp real la datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților
- ✓ există un sistem unitar de înregistrare a pacienților
- ✓ funcționarea sistemului de alertare pentru informațiile critice (stocuri tampon, rezultate investigații etc)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de înregistrare a pacienților
- ✓ care este sistemul de identificare și alertare pentru informațiile critice



### **01.05.02.02. Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ raportul anual de audit al sistemului informațional

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ raportul anual de audit cuprinde constatări privind funcționalitatea tehnologiilor informaționale

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ nivelurile de acces la informații sunt definite pentru fiecare categorie de personal

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este stabilit și respectat nivelul de acces la informații a personalului
- ✓ accesul la informații a personalului este conectat cu serviciul RUNOS (la angajare/plecare, preluare/eliberare din funcție), urmează modificările în timp real



### **01.05.03. Procesele informaționale fundamentează eficient deciziile la nivelul spitalului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **01.05.03.01. Suportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) și fluxul de utilizare al acestuia sunt definite și respectate.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la circuitul documentelor în USP

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea regulilor cu privire la circuitul documentelor
- ✓ lista activităților desfășurate în USP și a categoriilor de informații aferente acestora necesare a fi înregistrate precum și modalitatea stabilită de înregistrare

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum sunt înregistrate informațiile referitoare la desfășurarea a 2-3 activități alese aleator din listă



### **01.05.03.02. Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de completare a documentelor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de monitorizare a completării corecte și complete a documentelor

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ riscurile aferente sistemului informatic sunt cuprinse în registrul riscurilor, la nivelul spitalului

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ se solicită 2-3 documente alese aleator pentru a constata respectarea reglementării cu privire la modul de completare a documentelor
- ✓ care sunt datele de analizat, periodicitatea cu care sunt culese datele și indicatorii de evaluare a monitorizării a completării corecte și complete a documentelor obținuți

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au fost situații de completare incorectă sau incompletă a documentelor
- ✓ ce măsuri au fost implementate



### **01.05.04. Sistemul informatic și toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informațiilor) asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.05.04.01. Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea prin care proprietatea datelor este asigurată în raport cu terții colaboratori
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la colectarea și gestiunea datelor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora)
- ✓ decizie de numire a persoanei responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal
- ✓ certificarea COR 242231 a persoanei responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările pentru care au fost solicitate rapoartele de analiză sunt actualizate conform modificărilor legislative actuale

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ persoana responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal nominalizată în decizie corespunde realității
- ✓ transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților se realizează cu păstrarea confidențialității

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se realizează transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților
- ✓ au fost incidente cu privire la transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților (dacă da, cum au fost soluționate și prevenită repetarea lor)



**01.05.04.02. Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la accesul la datele din sistemul informatic
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ prevederi specifice asupra condițiilor de acces la informații/date, prelucrarea și protecția acestora, pentru fiecare categorie profesională în parte prevăzute în RI

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 3-4 contracte individuale de muncă alese aleator

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența clauzei de confidențialitate asupra informațiilor prevăzute în contractele individuale de muncă
- ✓ accesibilitatea personalului spitalului la manualul de utilizare pentru aplicațiile informatice utilizate în spital, cu ultima versiune în uz, în conformitate cu aplicația utilizată (intranet etc)
- ✓ existența conturilor proprii pentru fiecare utilizator al sistemului informatic și posibilitatea gestionării din contul său a parolei proprii
- ✓ se verifică "log"-ul care permite identificarea utilizatorului și a momentului efectuării înregistrărilor

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este asigurat accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora pentru fiecare categorie profesională



### **01.05.04.03. Spitalul asigură sisteme de back-up al informației.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ lista riscurilor sistemelor critice privind utilizarea sistemului informatic, care corespunde cu registrul riscurilor
- ✓ rapoarte ale verificărilor tehnice periodice ale sistemelor de protecție la întreruperile furnizării de energie electrică (UPS)
- ✓ evidența formalizată, semnată de coordonatorul sistemului informațional / administratorul sistemului informatic, a perioadelor de garanție a bateriilor UPS-urilor și există sistem funcțional de raportare către conducere a necesității înlocuirii / mentenanței acestora
- ✓ jurnalul situațiilor în care UPS-urile au intrat în funcțiune și a cauzelor care au determinat acest lucru
- ✓ nominalizări formalizate (decizii) ale responsabililor cu monitorizarea sistemelor de back-up, cu înscrierea responsabilităților în fișele de post

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ există un sistem privind verificarea periodică a sistemelor de back-up al bazelor de date
- ✓ există duplicate ale bazelor de date, generate de sistemele automate de back-up, precum și dacă acestea sunt actualizate
- ✓ cum se asigură de continuitatea activității cu asigurarea securității informațiilor



### **01.05.04.04. Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la protecția sistemului informațional
- ✓ Programul anual de audit al USP

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ auditarea securității informațiilor și a sistemului informațional este cuprinsă în Programul anual de audit al USP

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ implementarea reglementării cu privire la protecția sistemului informațional

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele de analizat stabilite pentru evaluarea eficienței sistemului informațional
- ✓ care este periodicitatea culegerii datelor pentru evaluarea eficienței sistemului informațional
- ✓ care sunt indicatorii care măsoară eficiența sistemului informațional
- ✓ au fost identificate vulnerabilităților tehnice sau organizatorice (dacă da, ce măsuri de eliminare și prevenire au fost implementate)



**01.05.04.05. Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la accesul la documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la protecția sistemului informatic
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la arhivarea documentelor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la eliberarea duplicatelor documentelor

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ nomenclatorul arhivistic

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ spațiile în care sunt păstrate documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament – asigură siguranța și securitatea acestora
- ✓ spațiile în care sunt păstrate mediile de stocare (serverele pe care se stochează informațiile) sunt securizate și protejate fizic
- ✓ accesul este securizat pe bază de drepturi de acces
- ✓ print-sceen doveditor pentru gradul de securitate al serverelor pe care se stochează informațiile
- ✓ documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor sunt menționate în Nomenclatorul arhivistic
- ✓ implementarea reglementărilor pentru care au fost solicitate rapoartele de analiză

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este păstrată evidența tuturor documentelor, provenite din prezentări diferite, pentru un pacient
- ✓ care este gradul de securitate al serverelor pe care se stochează informațiile (acestea trebuie să fie egal sau mai mare de 6, se menționează valoarea la rubrica observații)



**01.05.04.06. Distrugerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- pre-vizită
  - ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dacă au existat casări ale înregistrărilor / documentelor arhivate, fiecare proces are nominalizată prin decizie o comisie de casare
- ✓ dacă au existat casări ale înregistrărilor / documentelor arhivate au fost respectate prevederile din reglementare

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se realizează distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate



### **01.05.05. Sistemul informațional asigură documentarea și susține procesul educațional al angajaților din spital.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **01.05.05.01. Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.**

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ bibliotecă electronică este accesibilă personalului
- ✓ reglementările interne sunt disponibile și accesibile fiecărui angajat permanent

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ există portal intranet în USP
- ✓ portalul intranet cuprinde bibliotecă electronică
- ✓ cum se realizează informarea personalului cu privire la noutățile legislative
- ✓ cum se realizează informarea personalului cu privire la reglementările interne



#### **01.05.05.02. Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Planul de formare/dezvoltare profesională a personalului din spital

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există instruirii privind gestionarea și managementul informațiilor prevăzute în Planul de formare/dezvoltare profesională a personalului din spital

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ secțiune distinctă în portalului intranet, dedicată instruirii și schimbului de informații profesionale între angajați
- ✓ abonamente la publicații de profil/specialitate pe domeniile medical, economico-financiar, tehnico-administrativ

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este asigurată instruirea și schimbul de informații profesionale între angajați, în USP
- ✓ cum se realizează informarea personalului de specialitate pe domeniile medical, economico-financiar, tehnico-administrativ cu privire la noutățile din domeniile specifice de activitate

## 01.06. Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor.



### 01.06.01. Comunicarea externă răspunde nevoilor beneficiarilor și ale spitalului.



Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 01.06.01.01. Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.

Previzită:

Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ funcționalitatea paginii de internet (legăturile dintre pagini sunt funcționale, informațiile sunt actualizate)
- ✓ funcționalitatea sistemului de programare telefonică (se încearcă o programare telefonică de către evaluator)

Vizită:

Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența și modalitatea de funcționare a biroului de informații
- ✓ existența materialelor informative cu privire la educația sanitară și prevenție (materialele trebuie să fie actualizate și accesibile tuturor pacienților/apartinătorilor)



#### 01.06.01.02. Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.

Previzită:

Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ pagina de internet de deschidere să fie în limba română și, după caz, să existe și traducerea în alte limbi de circulație internațională sau ale minorităților
- ✓ posibilitatea de deschidere de conturi personalizate pentru pacienți și/sau medici de familie și/sau ambulatoriu
- ✓ funcționalitatea sistemului de programare online (se încearcă o programare online)
- ✓ accesul facil sau modul de a accesa informații de interes public (despre USP și activitatea prestată)
- ✓ pagina de internet trebuie să conțină informații despre:
  - drepturile și obligațiile pacienților
  - investigațiile și tratamentele pentru care se percepe coplată
  - investigațiile și tratamentele care sunt contractate cu casa de asigurări
  - modul de accesare a serviciilor oferite de spital
  - medicii care activează în cadrul spitalului și programul acestora
  - informații și date de contact privind conducerea spitalului inclusiv programul de audiențe
  - informații specifice pentru profesioniștii din sănătate (concursuri de angajare, examene de promovare, legislație, congrese, conferințe)
  - datele de contact ale purtătorului de cuvânt
  - reglementarea privind accesului mass-media în spital
  - chestionarul de satisfacție a pacienților (model și ghid de completare/ transmitere)
  - recuperarea activă a pacientului, mobilizarea precoce și stilul sănătos de viață al acestuia, ca elemente principale de luptă împotriva durerii cronice



### **01.06.01.03. Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ definirea/stabilirea zonelor cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența unei harți care să permită orientarea în exteriorul și interiorul USP
- ✓ recepția spitalului este accesibilă (ușor de găsit și în apropierea unei intrări), semnalizată și individualizată ca structură
- ✓ există un sistem de programare a solicitanților în sălile de așteptare
- ✓ existența semnalizărilor distincte și vizibile pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu
- ✓ existența semnalizărilor clare și vizibile a pavilioanelor
- ✓ existența marcajelor vizibile pentru traseele din curtea spitalului (traseele dintre diverse paviloane sau structuri ale USP)
- ✓ semnalizarea zonelor cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis
- ✓ existența marcajelor obligatorii în limba română și, după caz, în alte limbi de circulație internațională sau ale minorităților
- ✓ existența marcajelor(acustice)/inscripțiilor ușor accesibile pentru nevăzători (acustice sau în alfabetul Braille etc.)
- ✓ existența semnalizărilor (iluminate și funcționale) a căilor de acces exterioare și interioare
- ✓ existența semnalizărilor (iluminate și funcționale) a căilor de evacuare și a spațiilor de adunare exterioare (cu marcaj specific, locație stabilită de către ISU)
- ✓ existența marcajelor pentru traseele/circuitele din interiorul spitalului (în funcție de specificul USP)
- ✓ existența semnalizării pentru camere, saloane, grupuri sanitare
- ✓ afișarea programului de vizită în zonele de acces ale vizitatorilor



### **01.06.01.04. Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ modalitatea de codificare a echipamentelor pe categorii de personal
- ✓ modalitatea de codificare vestimentară pentru fiecare secție

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dacă personalul poartă ecuson ce permite identificarea persoanei, a structurii din care face parte și a poziției deținute
- ✓ dacă există și se respectă pictograma codificării vestimentare a fiecărei structuri



**01.06.01.05. Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decizia de nominalizare a purtătorului de cuvânt
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modalității de acces a mass-media la nivelul USP
- ✓ decizia de nominalizare a persoanei responsabile de comunicarea cu mass-media în situații de criză

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă persoanele nominalizate își cunosc atribuțiile legate de comunicarea cu mass-media



**01.06.01.06. Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența unui sistem de afișare a informațiilor privind:
  - serviciile medicale prestate
  - patologiiile tratate
  - drepturile și obligațiile pacienților și ale aparținătorilor
  - afișarea, la loc vizibil, a: programului ambulatoriului, detaliat pe servicii, programului serviciului de contravizită (pentru secțiile de spitalizare continuă), condițiilor de internare, condițiilor de externare



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

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența evidenței datelor de contact ale medicilor din teritoriu și a serviciilor medicale conexe
- ✓ existența unui sistem de informații pentru serviciile medicale de recuperare, îngrijiri la domiciliu și paliative
- ✓ accesul medicilor la DES (se testează accesarea DES de către medici)



**01.06.01.08. Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ parteneriatul cu organizațiile de profil pentru educația pacienților/aparținătorilor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind modalitatea de comunicare cu asociațiile de pacienți
- ✓ evidența unităților sanitare și administrative cu care USP colaborează
- ✓ definirea situațiilor care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative
- ✓ dacă există infrastructură pentru realizarea comunicării interprofesionale prin telemedicină

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ funcționalitatea infrastructurii de telemedicină, dacă există



**01.06.02. Comunicarea internă răspunde nevoilor pacienților și ale spitalului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind modul de comunicare dintre membrii echipelor medicale (echipa medicală - echipa care tratează și îngrijește pacientul pe durata internării sale - medic, asistent, infirmier etc)
- ✓ evaluările (analizele) cu privire la comunicarea interprofesională din cadrul echipei medicale

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care este modul de comunicare între membrii echipei



**01.06.02.02. Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ situațiile medicale care necesită comunicare specifică
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modului de comunicare rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modului de comunicare în situații deosebite/ excepționale

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care sunt situațiile care necesită comunicare specifică și care este modalitatea de comunicare
- ✓ Care sunt situațiile deosebite/excepționale și modalitatea de comunicare în aceste situații



### **01.06.02.03. Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modului de comunicare cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind comunicarea diagnosticului oncologic către pacient, dacă este cazul

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ afișarea la loc vizibil a regulilor de comportament a pacienților/aparținătorilor

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care este modalitatea de comunicare în caz de deces/ diagnostic oncologic



### **01.06.03. Comunicarea cu pacientul urmărește implicarea acestuia în procesul de îngrijire.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.06.03.01. Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind comunicarea cu:
  - pacienții nevorbitori de limba română
  - pacienții cu deficiențe de auz
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind modul de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Care este modul de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente
- ✓ Care este modul de comunicare cu pacienții cu nevoie speciale (nevorbitori de limba română, deficiențe de auz)



### **01.06.03.02. Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind respectarea limitei de competență în domeniul comunicării cu pacientul
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind respectarea limitei de competență în domeniul comunicării cu mass-media

## Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ se verifică 2-3 fișe de evaluare a personalului pentru a observa dacă printre obiective se află și comunicarea cu pacientul/apartinătorii

**01.07. Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității.**



**01.07.01. Sistemul de management al calității vizează optimizarea continuă a proceselor de la nivelul organizației.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.07.01.02. Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.**

## Previzită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea structurii de management al calității (poate fi prevăzută în ROF al USP, ROF propriu al structurii, procedură etc.)
- ✓ dovada pregătirii în managementul calității a RMC, personalului SMC
- ✓ planul de management al calității aprobat de la nivelul unității sanitare

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența cadrului formal de funcționare a SMC
- ✓ corelarea obiectivelor specifice din planul de management al calității cu obiectivele specifice ale planului de management al unității sanitare

## Vizită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ procese verbale ale Comitetului Director și a Consiliului Medical(2-3, prin sondaj)

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum se desfășoară activitatea SMC, RMC
- ✓ care este stadiul realizării obiectivelor specifice din planul de management al calității
- ✓ deciziile Comitetului Director și ale Consiliului Medical țin cont de punctul de vedere exprimat al SMC/RMC



**01.07.01.03. Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la autoevaluarea calității serviciilor
- ✓ planificarea autoevaluărilor
- ✓ autoevaluările realizate pentru monitorizarea implementării managementului calității, altele decât cele încărcate în aplicația CaPeSaRo
- ✓ rapoartele de evaluare aferente autoevaluărilor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența a cel puțin 3-4 autoevaluări pentru USP aflate pentru prima dată în proces de evaluare și acreditare, iar pentru cei care au mai fost evaluați și acreditați, respectarea periodicității prevăzută în procedură (cel puțin anual)
- ✓ propuneri de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor cuprinse în rapoartele de autoevaluare
- ✓ codificarea unitară a procedurilor și protocoalelor

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea periodicității și condițiilor de desfășurare ale analizelor periodice ale respectării procedurilor și protocoalelor de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este periodicitatea stabilită pentru analizele periodice ale implementării procedurilor și protocoalelor de la nivelul sectoarelor de activitate
- ✓ care sunt datele analizate, periodicitatea de colectare a acestora
- ✓ care sunt indicatorii de analizat



**01.07.01.04. Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ certificări de calitate deținute de USP pentru activitățile desfășurate
- ✓ condițiile de menținere a certificărilor de calitate deținute de USP

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ datele care trebuie monitorizate pentru menținerea acestor certificări
- ✓ periodicitatea de evaluare/raportare a datelor pentru menținerea acestor certificări este respectată

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt rezultatele obținute a datelor de evaluat, dacă acestea au fost în intervalul de referință
- ✓ care este calendarul de raportare a rezultatelor datelor de evaluat
  - în situația în care rezultatele s-au încadrat în intervalele de referință, există dovada respectării calendarului de raportare
  - în situația în care rezultatele NU s-au încadrat în intervalele de referință, dacă au existat măsuri de remediere a rezultatelor neconforme



## **01.07.02. Structura de management al calității (SMC) împreună cu conducerea spitalului asigură dezvoltarea culturii calității în spital.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.07.02.01.** Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ codul de conduită
- ✓ Decizia de numire a consilierului de etică
- ✓ planificarea activității de consiliere a consilierului de etică

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt stabilite principiile și valorile calității în planul strategic și dacă acestea sunt preluate în Codul de conduită

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ principiile și valorile calității sunt cunoscute la nivelul spitalului de către angajați
- ✓ care a fost activitatea consilierului de etică (se urmărește respectarea planificării și dacă au existat probleme în desfășurarea acesteia)



## **01.07.02.02. Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există prevăzute instruirile ale tuturor categoriilor de personal dedicate calității serviciilor
- ✓ există program de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/aparținătorii

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dovezi ale efectuării instruirilor dedicate calității serviciilor din planul anual de formare/dezvoltare profesională
- ✓ dovezi ale efectuării instruirilor din programul de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/ aparținătorii



### **01.07.03. Spitalul elaborează și implementează un plan de acțiuni privind asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților la nivelul întregului spital.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **01.07.03.01. Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare
- ✓ planificarea activităților de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt stabiliți indicatorii de monitorizare
- ✓ este stabilită periodicitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare
- ✓ este stabilită modalitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare
- ✓ care sunt concluziile și propunerile evidențiate ca urmare a autoevaluării și monitorizării și dacă au fost implementate acele propuneri



#### **01.07.03.02. Planul de acțiuni pentru implementarea managementul calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Decizia/declarația managementului spitalului de implementare a managementului calității serviciilor și a siguranței pacienților
- ✓ decizie de înființare a comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților/ nucleu de calitate și de pregătire a spitalului pentru evaluare
- ✓ planul de management al calității

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ obiectivele din planul de management al calității au precizate sursa de finanțare
- ✓ planul de management al calității cuprinde plan de activități

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ sunt asigurate resursele necesare pentru îndeplinirea planului de activități



**01.07.03.03. SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale
- ✓ rapoartele de monitorizare ANMCS

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au avut evenimente adverse
- ✓ au fost raportate la ANMCS și la ce interval de timp de la producere
- ✓ a existat analiza acestora (de confruntat cu rapoartele de monitorizare)
- ✓ au existat complicații survenite pacienților pe perioada internării
- ✓ există rapoarte ale SMC către Consiliul Medical cu privire la complicațiile survenite pacienților pe perioada internării



**01.07.03.04. Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decizii de numire a responsabililor cu îndeplinirea planului de măsuri pentru îmbunătățirea calității
- ✓ plan de măsuri pentru îmbunătățirea calității

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există date stabilite pentru monitorizarea planului de măsuri pentru îmbunătățirea calității
- ✓ este precizată periodicitatea de colectare a datelor
- ✓ există indicatori de monitorizare

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum au fost înregistrate datele pentru monitorizarea planului de măsuri pentru îmbunătățirea calității
- ✓ care a fost periodicitatea de colectare a datelor
- ✓ indicatorii obținuți de monitorizare a planului de măsuri pentru îmbunătățirea calității se încadrează în limitele așteptate, dacă nu, ce măsuri au fost luate.



#### **01.07.04. Spitalul urmărește creșterea nivelului de satisfacție a pacienților.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



##### ***01.07.04.01. Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.***

###### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ chestionarul de satisfacție a pacienților
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modalității de utilizare a chestionarului de satisfacție a pacientului

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a pacienților asigură anonimatul pacientului
- ✓ chestionarul de satisfacție al pacientului cuprinde informații cu privire la modalitatea de completare și depunere a acestuia
- ✓ chestionarul de satisfacție al pacientului cuprinde întrebări cu privire la:
  - calitatea comunicării cu personalul USP
  - aspectul lenjeriei și al efectelor de spital pentru pacienți
  - calitatea hranei și a serviciului de distribuire
  - ambientul spitalului

###### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se aplică chestionarul de satisfacție a pacienților



##### ***01.07.04.02. SMC analizează sistematic informațiile rezultate din prelucrarea chestionarelor și emite recomandări.***

###### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modalității de utilizare a chestionarului de satisfacție a pacientului

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt stabilite datele de analizat prin utilizarea chestionarului de satisfacție a pacientului
- ✓ care este periodicitatea analizei datelor
- ✓ există indicatori de analiză

###### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum au fost colectate datele de analizat (inclusiv periodicitatea) prin utilizarea chestionarului de satisfacție a pacientului
- ✓ care au fost rezultatele indicatorilor de analiză a chestionarului de satisfacție a pacientului, dacă ei s-au încadrat în așteptări
- ✓ ce recomandări au rezultat ca urmare a analizei chestionarelor de satisfacție a pacientului
- ✓ ce recomandări au fost implementate ca urmare a analizei chestionarelor de satisfacție a pacientului



**01.07.04.03. Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de gestionare a reclamațiilor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt stabilite datele de analizat pentru utilizarea reclamațiilor
- ✓ care este periodicitatea analizei datelor
- ✓ există indicatori de analiză

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum au fost colectate datele de analizat (inclusiv periodicitatea) prin utilizarea reclamațiilor
- ✓ care au fost rezultatele indicatorilor de analiză a reclamațiilor
- ✓ ce recomandări au rezultat ca urmare a analizei reclamațiilor
- ✓ ce recomandări au fost implementate ca urmare a analizei reclamațiilor



**01.07.05. Programul de îmbunătățire a calității prevede eficientizarea activității spitalului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.07.05.01. Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul de îmbunătățire a calității
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la realizarea auditului clinic

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ datele de analizat și indicatorii pe baza cărora se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității
- ✓ datele de analizat pentru realizarea auditului clinic
- ✓ periodicitatea la care se realizează analiza auditului clinic
- ✓ indicatorii de analiză a realizării auditului clinic

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității
- ✓ cum se efectuează analiza a auditului clinic



### **01.07.05.02. Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ raport cu privire la nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității , rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor
- ✓ procese verbale de ședință a Comitetului director
- ✓ raport cu privire la nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității , rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor
- ✓ procese verbale de ședință a Consiliului medical

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ periodicitatea de raportare respectă reglementările interne

### **01.08. Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional.**



### **01.08.01. Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **01.08.01.01. Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza și tratarea riscurilor.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională
- ✓ decizie de nominalizare a responsabililor cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în planul anual de formare/dezvoltare profesională sunt programate cursuri/instruiri cu privire la managementul riscurilor

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ responsabilii cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte au urmat cursuri/instruiri cu privire la managementul riscurilor
- ✓ există rapoarte de evaluare a riscurilor(cele puțin anuale) ale Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor (care contin concluzii și propuneri)
- ✓ decizie de nominalizare a responsabililor cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte corespunde realității (este actualizată)
- ✓ este respectată planificarea cursurilor de instruire (daca in momentul vizitei de evaluare cursurile s-au organizat deja se vor verifica procesele verbale de instruire)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost identificate activitățile cu risc asupra siguranței pacienților și angajaților la nivelul fiecărui sector de activitate(există responsabil sectorial cu riscurile) și dacă există o evidență centralizată la nivelul comisiei de management al riscurilor



**01.08.01.02. Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la identificare și înregistrarea riscurilor în registrul riscurilor

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ registrul riscurilor cuprinde toate elementele
- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională sunt programate cursuri/instruiri cu privire la managementul riscurilor

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ responsabilii cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte au urmat cursuri/instruiri cu privire la managementul riscurilor
- ✓ există rapoarte de evaluare a riscurilor(cel puțin anuale) ale Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor
- ✓ decizie de nominalizare a responsabililor cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte corespunde realității(este actualizată)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost identificate activitățile cu risc asupra siguranței pacienților și angajaților la nivelul fiecărui sector de activitate(resposabilul sectorial cu riscurile) și dacă există o evidență centralizată la nivelul comisiei de management al riscurilor



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

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ fiecare risc identificat are un grad de risc estimat
- ✓ există modalități de diminuare/tratare a riscurilor
- ✓ după aplicare modalității de diminuare/tratare a riscului este calculat riscul rezidual
- ✓ Registrul riscurilor este organizat pe capitole riscuri neclinice/clinice, comune/specifice fiecărui sector de activitate

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au existat modificări ale registrului riscurilor și cum s-au realizat
- ✓ există o modalitate de monitorizare a implementării măsurilor de diminuare/tratare a riscurilor (un plan de monitorizare, persoane responsabile, este realizat/respectat planul, care sunt datele care sunt monitorizate, există indicatori de măsurat eficacitatea monitorizării)



## **01.08.02. Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față de potențiale prejudicii.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.08.02.01. Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitățile de înlăturarea a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitățile de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ împreună cu serviciul administrativ:
  - pavimentele sunt acoperite cu materiale antiderapante și antistatice, după caz, adaptate tipului de trafic,
  - ușile au sistem de confirmare a evacuării persoanelor din încăperi (se verifică existența unui sistem mecanic/automatic de semnalizare a verificării încăperilor (indicator de culoare) sau existența unui sistem cu senzori),
  - în caz de necesitate, sistemul de ventilare a aerului din spațiile cu temperaturi crescute, cu abur, gaze este funcțional,
  - hotele de evacuare a substanțelor toxice sunt funcționale (se verifică prin sondaj dacă hotele sunt funcționale),
  - filtrele (de tip HEPA sau superior) sunt schimbate periodic,
  - ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale,
  - este asigurat permanent accesul la două surse de apă pentru fiecare locație, după caz,
  - apa potabilă este verificată din punct de vedere a condițiilor de siguranță,
  - evacuarea apei pluviale se face fără a afecta spațiile, instalațiile, echipamentele spitalului și continuitatea actului medical,
  - evacuarea apei reziduale respectă reglementările legale
- ✓ în spitalizarea de zi se verifică:
  - dacă structurile de spitalizare de zi și spitalizare continuă sunt organizate separat
  - accesul în spitalizarea de zi se face fără a trece prin secția de spitalizare continuă,
  - există acces facil din zona de spitalizare de zi în zona de ambulatoriu, în serviciul de urgență, a laboratoarele de investigații, în baza de tratament (ex: radioterapie etc)
  - dacă există cabinet sau cabinete proprii de consultații, sală de așteptare proprie, grupuri sanitare proprii pentru pacienți, grupuri sanitare proprii pentru personal

- ✓ în bazele de hidroterapie se verifică dacă:
  - au asigurate echipamente de salvare, accesibile,
  - există personal cu pregătire în salvare de la înec,
  - au sistem de supraveghere video,
  - pavimentele sunt acoperite cu materiale antiderapante,
  - accesul se face supravegheat, cu încălțăminte antiderapantă și cu însoțitor( după caz),
  - zonele cu risc fizic sunt semnalizate,
  - există elevatoare funcționale pentru pacienți
- ✓ în exterior(curte/cai de acces) se verifică dacă:
  - există paratrasnet,
  - există sistem de semnalizare luminoasă (balize) pe clădirile înalte (se verifică atunci când luminozitatea este scăzută),
  - căile exterioare de acces în spital sunt protejate contra intemperiilor,
  - comunicarea între clădirile unui spital aflate în aceeași locație, se face cu păstrarea unui ambient constant, de confort termic,
  - circuitele de acces auto la UPU / CPU / CG sunt semnalizate pentru prevenirea accidentelor,
  - există interdicția de acces a mașinilor cu GPL în garajul subteran este semnalizată conform reglementărilor legale,
  - iluminatul spațiilor exterioare de la nivelul spitalului permite deplasarea nocturnă în siguranță,
  - se asigură spații de parcare pentru pacienți/apartinători semnalizate și luminate,
  - există scări de evacuare externă, accesibile permanent din interior,
  - căile de evacuare sunt semnalizate 24/7,
  - căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.
- ✓ în interior (spații comune) se verifică dacă:
  - iluminatul spațiilor interioare de la nivelul spitalului permite deplasarea nocturnă în siguranță,
  - spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/apartinători,
  - marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările(rotunjite),
  - pavimentele umede sunt semnalizate,
  - coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă,
  - coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil,
  - scările au cel puțin un sistem de sprijin al mâinii,
  - scările de evacuare sunt accesibile în orice moment și permit evacuarea persoanelor,
  - scările de evacuare sunt iluminate în caz de pană de curent,
  - scările au lățimea care permite evacuarea pacienților pe targă,
  - sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi,
  - căile de evacuare sunt semnalizate 24/7,

- uşile dedicate evacuării au sistem de declanşare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor,
- planul de evacuare, particularizat pe zone, este afişat în fiecare încăpere sau spaţiu care necesită evacuare,
- informaţiile pentru reacţia la incendiu sau cutremur sunt afişate în fiecare încăpere sau spaţiu populat,
- lăţimea uşilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cârje, fotoliu rulant, targă,
- uşile de evacuare în caz de urgenţă se deschid numai spre exterior,
- trecerea dintr-un spaţiu în altul, la nivelul uşilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc),
- căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilităţi de acces,
- sistemul de deschidere al uşilor este accesibil şi persoanelor cu dizabilităţi,
- uşile de acces la coridoare şi scări au ferestre de vizualizare,
- accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor,
- ferestrele au plase de protecţie împotriva insectelor,
- grupurile sanitare permit accesul şi utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilităţi.



#### **01.08.02.02. Managementul deşeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice şi infecţioase.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la colectarea, transportul şi eliminarea deşeurilor (reglementare cumulativă sau reglementări separate)
- ✓ contractul pentru colectarea deşeurilor periculoase
- ✓ decizie prin care este desemnat personal responsabil pentru transportul deşeurilor
- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ la ce interval de timp sunt ridicate deşeurile periculoase
- ✓ în planul anual de formare/dezvoltare profesională sunt programate cursuri cu privire la colectarea selectivă şi în siguranţă a deşeurilor (dacă în momentul vizitei de evaluare cursurile s-au organizat deja se vor verifica procesele verbale de instruire)

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ colectarea deşeurilor înţepătoare-tăietoare în cutii standardizate, care respectă legislaţia
- ✓ tipurile de recipiente utilizate containere, separate în funcţie de codurile de culori (marcate specific cu data şi ora de începere a utilizării acestora), intervalul de timp de utilizare
- ✓ zonele de colectare şi depozitare a deşeurilor sunt semnalizate
- ✓ spaţiile temporare de colectare a deşeurilor de la nivelul secţiilor respectă condiţiile legale

- ✓ spațiile de colectare comune - condițiile de depozitare (acces, securizare, temperatură, spații frigorifice dacă deșeurile au interval de ridicare mai mare de 48 de ore)
- ✓ graficele de timp de pastrare a deșeurilor în vederea tocării și neutralizării prin resurse proprii

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele urmărite pentru analiza modalității de colectare a deșeurilor, la ce interval de timp sunt analizate și care sunt indicatorii de evaluare a colectării (au existat probleme, dacă da – ce măsuri au fost luate)



**01.08.02.03. Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența și funcționarea sistemelor alternative utilizate de USP pentru serviciile vitale

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt zonele cu risc identificate de USP
- ✓ care sunt sistemele alternative utilizate de USP pentru serviciile vitale
- ✓ cum se realizează monitorizarea funcționalității acestora (parametrii urmăriți, frecvența verificărilor – exemplu: motorina pentru generator, butelii pentru oxigen etc.)
- ✓ dacă au avut situații de oprire a alimentării cu servicii vitale și dacă sistemele alternative au funcționat în parametrii (exemplu: generatorul a pornit în interval de 30 secunde de la pana de curent etc.)



**01.08.02.04. Capacitatea și numărul lifturilor asigură volumul, tipurile și fluxurile de transport în spital.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ autorizare de funcționare ISCIR pentru toate lifturile utilizate
- ✓ contract de mentenanță/service pentru lifturi cu firmă autorizată
- ✓ programul de utilizare a lifturilor

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în fiecare corp de clădire cu mai mult de un nivel și în care se acordă servicii de spitalizare continuă, există lift (recomandat minim două)
- ✓ dacă minim un lift/ corp de clădire permite utilizarea târgii și este funcțional 24/7
- ✓ în fiecare lift sunt afisate vizibil informațiile legate de:
  - program de curățenie,
  - apel de urgență la blocare,
  - mod de utilizare,
  - greutate maxim admisă,
  - data ultimei revizii (în termen de valabilitate) și data programată pentru următoarea verificare
- ✓ existența și funcționarea butonului de alarmă (se apasă)

- ✓ existența și funcționarea senzorului de greutate (se încarcă cu mai mult decât greutatea admisă)
- ✓ existența și funcționarea sistemului de ventilare
- ✓ respectarea programului de utilizare și igienizare a lifturilor

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au existat evenimente sau întreruperi neplanificate în funcționarea lifturilor
- ✓ cum se asigură monitorizarea programului de utilizare și igienizare a lifturilor (cine, la ce interval de timp)



**01.08.02.05. La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților
- ✓ decizie prin care este desemnat personalul responsabil cu preluarea/ predarea, depozitare valorilor pe fiecare tură
- ✓ plan de pază aprobat
- ✓ contract de pază sau fișe de post al personalului angajat propriu care asigură serviciu specializat

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în ROF a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu:
  - preluarea/predarea, depozitarea valorilor
  - preluarea/predarea, depozitare efectelor personale ale pacientilor
  - însoțirea pacientului de la locul internării – garderobă - secție/ externare – secție –garderobă – ieșire

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în Fișele de post a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu:
  - preluarea/predarea, depozitarea valorilor
  - preluarea/predarea, depozitare efectelor personale ale pacientilor
  - însoțirea pacientului de la locul internării – garderobă - secție/ externare – secție –garderobă – ieșire
- ✓ este asigurată paza și securitatea spațiilor de depozitare a bunurilor la nivelul spitalului (echipamente, materiale etc)
- ✓ sistemul exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video este funcțional
- ✓ garderoba este asigurată împotriva accesului necontrolat
- ✓ spațiile pentru depozitarea documentelor, medicamentelor cu regim special, echipamentelor, materialelor sunt securizate

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este asigurată protecția pentru
  - bunuri (exemplu: curățarea/desinfectarea/păstrarea în saci închiși a bunurilor pacienților din garderobă )

- persoane (exemplu: angajați-buton de panică, examinările de medicină a muncii )
- ✓ cum este asigurată paza pentru
  - bunuri (exemplu: sistemul de pază)
  - persoane (exemplu: sistemul de pază)
- ✓ cum este asigurată securitatea pentru
  - bunuri (exemplu: sistem video, sisteme de închidere-cheie/lacăt,grilaje la uși/ferestre, date-grad de securitate server)
  - persoane (exemplu: acces cartelă)



#### **01.08.02.06. Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența spațiilor cu risc seismic
- ✓ planificarea pentru verificarea, repararea și înlocuirea instalațiilor și a echipamentelor

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale
- ✓ este respectată planificarea pentru verificarea, repararea și înlocuirea instalațiilor și a echipamentelor
- ✓ dacă în bugetul spitalului sunt alocate sume pentru întreținerea infrastructurii, echipamentelor și instalațiilor
- ✓ dacă există evaluări periodice ale infrastructurii

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ ce efecte poate produce un seism prognozat cu intensitate maximă pentru regiunea în care se află USP asura infrastructurii si ce măsuri de prevenire ale posibilelor efecte au fost luate



#### **01.08.02.07. Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ plan de intervenție în caz de incendiu
- ✓ decizie de numire a personalului cu reacția la incendiu
- ✓ planificarea instruirii personalului spitalului cu privire la reacția la incendiu

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în ROF a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu reacția în caz de incendiu

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în Fișele de post a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu reacția în caz de incendiu
- ✓ dovada instruirii personalului spitalului cu privire la reacția la incendiu

- ✓ dovada instruirii periodice personalului spitalului cu privire la utilizarea echipamentelor de stingere a incendiilor (extinctori etc)
- ✓ verificarea periodică a echipamentelor de stingere a incendiilor (sunt în termen de valabilitate, funcționale)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este monitorizată intern respectarea normelor de prevenire și stingere a incendiilor – care sunt obiectivele monitorizate, ce se monitorizează, care este periodicitatea cu care se verifică, dacă este o activitate planificată
- ✓ sunt întrebat persoane din categorii diferite de personal ce au de făcut în situația unui incendiu (infirmiere, asistente medicale, personal administrativ etc)
- ✓ când a avut loc ultima simulare de reacție la incendiu, cu ce periodicitate au loc exercițiile de evacuare
- ✓ au avut incendiu în USP, dacă DA-care fost cauza, ce măsuri de prevenire a repetării s-au luat



**01.08.02.08. Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie
- ✓ decizie de numire a personalului responsabil cu utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în ROF a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în Fișele de post a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie
- ✓ dovada instruirii periodice ale personalului responsabil cu utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie
- ✓ zonele cu risc de explozie identificate sunt marcate distinct și vizibil, există măsuri de restricționare a accesului în aceste zone

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt zonele cu risc de explozie identificate în USP
- ✓ cum sunt utilizate, manipulate și depozitate materialele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie



**01.08.02. 09. Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică sau biologică
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la igienizarea și dezinfectarea spațiilor generate de plafoanele false casetate(dacă este cazul)
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la dezinsecția și deratizarea spațiilor generate de plafoanele false casetate(dacă este cazul)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în ROF a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu:
  - curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică sau biologică
  - igienizarea și dezinfectarea spațiilor generate de plafoanele false casetate(dacă este cazul)
  - dezinsecția și deratizarea spațiilor generate de plafoanele false casetate(dacă este cazul)

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ prepararea diluțiilor sterile cu citostatice se realizează:
  - doar în farmacia spitalului,
  - exista spații special amenajate,
  - acces controlat,
  - filtru personal,
  - hotă cu flux laminar,
  - echipament de protecție steril disponibil
- ✓ utilizarea substanțelor toxice ( în laborator) se realizează:
  - în spații special amenajate
  - sub protecția hotei cu flux laminar
  - există și sunt utilizate echipamente de protecție de către personalul care manevrează substanțe toxice
- ✓ este desemnat personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice/citostatice/biologice( și au prevăzute atribuții în fișa postului)
- ✓ instructajele periodice ale personalului care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice/citostatice/biologice

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt zonele identificate de USP cu risc de contaminare chimică și biologică
- ✓ cum se realizează curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică sau biologică în zonele identificate
- ✓ există plafoanele false casetate în USP, dacă DA – cum se realizează:
  - igienizarea,
  - dezinfectarea,
  - dezinsecția,
  - deratizarea.



### **01.08.02. 10. Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în ROF a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu gestionarea riscului de iradiere

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în Fișele de post a atribuțiilor prevăzute pentru personalul responsabil cu gestionarea riscului de iradiere
- ✓ există dovada autorizării și a instructajelor periodice ale personalului care manevrează produse radioactive
- ✓ utilizarea echipamentelor de protecție de către personalul care manevrează produse radioactive

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se realizează curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere



### **01.08.02.11. Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la accesul personalului în zonele cu risc de accidente de muncă
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există identificate activităților cu risc de accidente de muncă

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt respectate condițiile de acces al personalului în zonele cu risc de accidente de muncă
- ✓ există spații de odihnă și de refacere pentru personal
- ✓ există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților (hamuri de ridicare pacienți, sisteme automatizate de ridicare/ coborâre pacienți în/din pat/baie/piscine/etc., transportoare pentru paturi pe roțile etc.)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele și periodicitatea stabilite pentru analiza activităților cu risc de accidente de muncă sau a accidentelor de muncă, după caz
- ✓ dacă indicatorii analizei activităților cu risc de accidente de muncă sau a accidentelor de muncă, după caz sunt evaluați împreună cu reprezentantul(ții) angajaților



### **01.08.02. 12. Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizați prin decizie**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decizii actualizate de numire pentru:
  - situații de urgență,
  - protecția muncii,
  - gestionarea deșeurilor,
  - radioprotecția,
  - sterilizarea,
  - contractele de mentenanță și service
- ✓ planificarea instruirilor responsabililor nominalizați pentru:
  - situații de urgență,
  - protecția muncii,
  - gestionarea deșeurilor,
  - radioprotecție,
  - sterilizare

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există dovezi ale instruirilor responsabililor, conform planificării
- ✓ persoanele instruite sunt responsabilii de facto



### **01.08.02.13. Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor angajaților pentru:
  - riscul de contaminare profesională (personalul medical)
  - protecția muncii,
  - la punerea în funcțiune și exploatarea aparatului, echipamentelor, dispozitivelor medicale,
  - în vederea verificării funcționalității aparatului, echipamentelor, dispozitivelor medicale,
  - responsabilitățile prevăzute în Planul Alb pentru personalul implicat, după caz

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există dovezi ale instruirilor angajaților, conform planificării
- ✓ persoanele instruite sunt persoanele de facto



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de declarare/ înregistrare și analiză a accidentelor de muncă
- ✓ evidența procedurilor pentru activitățile identificate cu risc de accident de muncă

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ a fost respectată reglementarea cu privire la modul de declarare/ înregistrare și analiză a accidentelor de muncă

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au existat evenimente (accident de circulație, episod de boală etc.) ale angajaților petrecute în timpul serviciului sau în perioada de deplasare la/de la serviciu spre domiciliu care au necesitat declarare/ înregistrare și analiză ca accidente de muncă – dacă răspunsul este DA, cum au procedat
- ✓ există evaluări periodice ale personalului asupra modului de cunoaștere/respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor legate de modul de declarare/ înregistrare a accidentelor de muncă ( simulări, testări, etc)



**01.08.03. Modul de acțiune, responsabilitățile și rezerva de resurse utilizabile în caz de situații excepționale sunt organizate și reglementate pentru asigurarea funcționalității spitalului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**01.08.03.01. Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului sunt actualizate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de evacuare și relocare al pacienților
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale
- ✓ decizie de nominalizare a persoanelor responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/sau catastrofă și înlocuitori pentru aceștia
- ✓ planificarea simularilor/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ schema de alarmare pentru situații cu risc/urgențe/catastrofe

### **Vizită:**

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ USP are stabilite situațiile care impun evacuarea
- ✓ simulările de verificare a funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă au respectat planificarea
- ✓ sunt cunoscute prevederile reglementărilor cu privire la schemele de alarmare/evacuare/reacție în caz de dezastru natural și/sau catastrofă

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ când au fost făcute simulări de verificare a funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă
- ✓ există dovezi ale simulărilor efectuate, dacă DA, care



### **01.08.03.02. La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.**

### **Previzită:**

### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități

### **Vizită:**

### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ inventar al serviciilor și produselor critice în caz de dezastru
- ✓ lista medicamentelor și materialelor sanitare din stocurile minime ale depozitului pentru calamități

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există spații amenajate ca depozite pentru calamități
- ✓ există rezerva de pături și pături suplimentare în depozitul pentru calamități
- ✓ există stocurile minime de medicamente și materiale sanitare în depozitul pentru calamități
- ✓ rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este realizată

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt soluțiile de rezervă pentru serviciile și produsele critice în caz de dezastru natural și catastrofă



### **01.08.03.03. Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și război.**

### **Previzită:**

### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decizie de nominalizare a persoanei responsabile cu evidența militară
- ✓ decizie de nominalizare a persoanei responsabile cu evidența bunurilor rechiziționabile

## Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ atribuțiile persoanei responsabile cu evidența militară sunt specificate în fișa postului
- ✓ atribuțiile persoanei responsabile cu evidența bunurilor rechiziționabile sunt specificate în fișa postului

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă persoanele nominalizate cu evidența militară și evidența bunurilor rechiziționabile mai lucrează în USP



## 01.09. Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale.



### 01.09.01. Organizarea mediului de îngrijire respectă condițiile privind capacitatea și competențele asumate ale spitalului.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 01.09.01.01. Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.

## Previzită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ consumul de produse utilizat pentru spălarea/dezinfectia mâinilor în ultimul an încheiat ( exprimat în cantitate X gramaj formă de îmbuteliere)
- ✓ consumul de produse utilizat pentru spălarea/dezinfectia mâinilor în ultimul an încheiat ( exprimat în cantitate X gramaj formă de îmbuteliere)
- ✓ numărul total de saloane

Aceste informații se menționează la rubrica observații aferentă indicatorului

## Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ paturi-cântar pe secțiile unde sunt necesare
- ✓ la fiecare pat există sistemelor de alertare pentru pacienți
- ✓ în fiecare grup sanitar există sistemelor de alertare
- ✓ în fiecare salon există dotărilor necesare pentru respectarea normelor de igiena a mâinilor pentru pacienți/ aparținători/ personal

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ există o evidență a numărului de pacienți care care nu au necesitat internare continuă, dar au solicitat posibilitatea acordării de servicii hoteliere
- ✓ USP are această facilitate
- ✓ cât din necesarul de paturi pentru servicii hoteliere la cerere este asigurat de USP
- ✓ care este necesarul de paturi-cântar pe secții



### **01.09.01. 02. Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de respectare a intimității pacientului (consult, tratament, nevoi fiziologice, îmbaiere etc)

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modul de respectare a intimității pacientului cuprinde referiri la situația vizitării unui pacient dintr-un salon la modalitatea de obținere a acceptului de la ceilalți pacienți din salon

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ adaptarea infrastructurii pentru respectarea dreptului la intimitate al pacienților
  - saloane cu 1-2 paturi cu grup sanitar unic pentru salon,
  - în situația în care un grup sanitar deservește două saloane alăturate, se recomandă ca în acele saloane pacienții să fie de același sex,
  - grupuri sanitare distincte pentru pacienți, aparținători, personal, în cazul saloanelor fără grup sanitar propriu,
  - grupurile sanitare sunt separate distinct bărbați/femei.
- ✓ asigurarea dotărilor necesare pentru respectarea intimității (posibilitatea de a asigura intimitatea și în cazul saloanelor cu mai multe paturi - perdele separatoare, paravane etc)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se asigură condițiile de respectare a intimității (dacă personalul este instruit cu privire la condițiile de respectare a intimității)



### **01.09.01.03. Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la deplasarea pacienților
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la circuitul pacienților în blocul operator/sala de nașteri

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în zona de internare există mijloace de transport al pacienților netransportabili (cărucioare, tărgi)
- ✓ pe secție există mijloace de transport al pacienților netransportabili (cărucioare, tărgi)
- ✓ există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie, după caz
- ✓ blocul operator / sala de nașteri are mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern

- ✓ Stat de funcții și Fișa postului a persoanei care însoțește pacienții și a brancardierului secției angajat pentru transportul pacienților internați pentru efectuarea investigațiilor

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se realizează deplasarea pacienților în unitatea sanitară
- ✓ care este circuitul pacienților în blocul operator/sala de nașteri
- ✓ este desemnată persoană care însoțește pacienții pentru efectuarea investigațiilor
- ✓ la nivelul secției există brancardier angajat pentru însoțirea/transportul pacienților internați pentru efectuarea investigațiilor



**01.09.01.04. Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ necesarul de materiale de curățenie și dezinfecție de la sfârșitul anului precedent/cel cuprins în planul de achiziții/cel eliberat/utilizat în bucătărie

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ lifturile sunt semnalizate distinct în funcție de specificul de transport (persoane – pacienți/angajați/apartinători, lenjerie curată, lenjerie murdară, alimente, deșeuri etc.)
- ✓ programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează – saloane, băi, săli de tratament, săli de mese, lifturi etc. și respectat
- ✓ concordanța între necesarul de materiale de curățenie și dezinfecție de la sfârșitul anului precedent/cel cuprins în planul de achiziții/cel eliberat/utilizat în bucătărie
- ✓ igienizarea și dezinfecția spațiilor
- ✓ ustensilele utilizate la igienizare sunt marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune cu respectarea legislației în vigoare
- ✓ dacă USP utilizează mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor
- ✓ pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi) există o mașină de spălat și dezinfectat ploști și urinare (ploscar) funcțională și sunt asigurate ploști/bazine/urinare autoclavabile

Indicatorii numerici se completează de către evaluatori, în urma aplicării chestionarului ANMCS de satisfacție pacienți.

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se efectuează curățenia în sectorul de activitate ales de evaluator – se urmărește respectarea etapelor și schimbarea ustensilelor în funcție de zonă/suprafață/operațiune



#### **01.09.01.05. Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare

##### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ nomenclatorul cu instrumente și dispozitive medicale de sterilizat
- ✓ documentul(registru format letric sau electronic/caiet etc.) în care este consemnată verificarea integrității produselor de sterilizat (instrumente, dispozitive medicale și/sau material moale)

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ nomenclatorul cu instrumente și dispozitive medicale de sterilizat cuprinde numărul de resterilizări admisibile pentru fiecare produs
- ✓ respectarea numărului de resterilizări admisibile pentru fiecare produs
- ✓ consemnări pentru fiecare produs și la fiecare procedură de sterilizare cu privire la verificarea integrității prin inspecție vizuală a produselor de sterilizat (instrumente, dispozitive medicale și/sau material moale) înainte de sortare și împachetare în vederea sterilizării
- ✓ utilizarea de către personal a echipamentului de protecție adecvat sectorului de activitate din serviciul de sterilizare
- ✓ respectarea circuitelor sectorului de sterilizare
- ✓ respectarea modului de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare(inclusiv utilizarea permanentă a markerilor de verificare)

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ descrierea circuitelor sectorului de sterilizare
- ✓ descrierea modului de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare
- ✓ dacă au existat întreruperi în utilizarea markerilor de verificare



#### **01.09.01.06. Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de realizare al meniurilor zilnice
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la alimentația pe sondă/stomă/parenterală

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ consemnarea zilnică a dietei recomandată pacientului și a sensibilității la factori alergeni alimentari
- ✓ asigurarea zilnică a serviciului de dietetică

##### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ contract de muncă sau prestări servicii pentru asigurarea serviciului de dietetică
- ✓ 2-3 FO

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au existat solicitări a unor diete speciale (fără porc, vită, vegetarian, vegan etc) exprimate de pacienți și dacă USP a putut sau este pregătit să răspundă acestor solicitări
- ✓ care este modalitatea de asigurare a meniurilor zilnice



**01.09.01.07. Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la controlul calității hranei
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la igienizarea și dezinfecția spațiilor serviciului de bucătărie

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ atestat pentru bucătar/bucătari
- ✓ meniurile și rețetarele utilizate
- ✓ graficul de igienizare și dezinfecție a spațiilor serviciului de bucătărie
- ✓ necesarul de materiale de curățenie și dezinfecție de la sfârșitul anului precedent/cel cuprins în planul de achiziții/cel eliberat/utilizat în bucătărie
- ✓ 2-3 carnete de sănătate ale personalului din serviciul de bucătărie
- ✓ planificarea mentenanței echipamentelor din serviciul de bucătărie

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ câți din bucătarii care lucrează au atestat - se precizează la rubrica observații
- ✓ meniurile și rețetarele utilizate sunt realizate în funcție de patologie și sunt avizate de către dietetician
- ✓ personalul din serviciul de bucătărie utilizează echipament de protecție integră
- ✓ există spații amenajate și dotate pentru personalul propriu în bucătărie
- ✓ respectarea graficului de igienizare și dezinfecție a spațiilor serviciului de bucătărie
- ✓ necesarul de materiale de curățenie și dezinfecție este avizat de SPLIAM
- ✓ concordanța între necesarul de materiale de curățenie și dezinfecție de la sfârșitul anului precedent/cel cuprins în planul de achiziții/cel eliberat/utilizat în bucătărie
- ✓ igienizarea și dezinfecția spațiilor
- ✓ carnetele de sănătate ale personalul din serviciul de bucătărie sunt vizate în termen
- ✓ triajul personalului din serviciul de bucătărie este efectuat de persoană desemnată și consemnat la intrarea în fiecare tură
- ✓ igiena mâinilor personalului din bucătărie
- ✓ dovezi care să ateste respectarea planificarea mentenanței echipamentelor din serviciul de bucătărie (proces verbale etc.)
- ✓ sunt verificate toate etapele de pregătire și distribuție a hranei până la pacient, există persoane nominalizate pentru verificările zilnice și inopinate
- ✓ păstrarea și prepararea alimentelor respectă prevederile legale (spații, igienă, temperatură, termene de valabilitate, probe din fiecare produs preparat, verificarea organoleptică/calitativă, cantitativă, calorică și a compoziției din punct de vedere a compușilor alimentari pentru meniurile zilnice etc.)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă este asigurat permanent echipamentul de protecție necesar
- ✓ cum și cu ce se realizează igienizarea și dezinfecția spațiilor serviciului de bucătărie, dacă au existat perioade în care nu au avut materialele necesare
- ✓ cum este organizat triajul personalului din serviciul de bucătărie
- ✓ cum se desfășoară procesul de verificare a calității și cantității hranei care ajunge la pacient



### **01.09.01.08. Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ fișe de post ale infirmierelor care distribuie hrana

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ transportul alimentelor din bucătărie pe secție:
  - bucătăria este în același corp de clădire și există lift dedicat (montcharge – se verifică și respectarea programului de curățare/ igienizare și controlul periodic al acestuia) – mâncarea se transportă caldă (peste 60°C) în recipiente închise (vase inox cu capac/ casolete termoizolante cu mâncarea porționată)
  - bucătăria este în același corp de clădire/aceeași curte și se utilizează lift comun – mâncarea se transportă caldă (peste 60°C) în recipiente închise (vase inox cu capac/ casolete termoizolante cu mâncarea porționată), după igienizarea liftului, cu cărucioare sau etajere mobile igienizate în prealabil,
  - bucătăria este în altă locație, la distanță și se utilizează autovehicul pentru transportul acesteia
    1. dacă durata transportului este mai mică de 30 minute, mâncarea se poate transporta caldă (peste 60°C) în recipiente închise (vase inox cu capac/ casolete termoizolante cu mâncarea porționată)
    2. dacă durata transportului este mai mare de 30 minute, mâncarea se transportă rece (4-10°C) în recipiente închise (vase inox cu capac/ casolete termoizolante cu mâncarea porționată)
    3. dacă transportul se face în altă localitate, se recomandă utilizarea auto-utilitarelor frigorifice care pot menține temperatura scăzută pentru un interval mai mare de timp, acestea fiind obligatorii pe timp de vară
- ✓ la nivelul secției există circuit separat pentru transportul alimentelor
  - mâncarea este preluată prin montcharge direct în oficiu, se servește porționat în sala de mese (care comunică direct cu oficiu), sau la patul bolnavului cu respectarea reglementării cu privire la modalitatea de servire a mesei la patul pacientului. Atenție! Circuitul pacientului în sala de mese NU intersectează circuitul alimentelor de intrare în secție!

- mâncarea este preluată prin oficiu de la liftul/intrarea în secție, se servește porționat în sala de mese (care comunică direct cu oficiu), sau la patul bolnavului cu respectarea reglementării cu privire la modalitatea de servire a mesei la patul pacientului. Atenție! Circuitul pacientului în sala de mese NU intersectează circuitul alimentelor de intrare în secție!
- ✓ accesul în oficiul de distribuire a hranei este restricționat
- ✓ meniul și a programul de servire a mesei sunt afișate la loc vizibil în sala de mese/saloane(dacă nu există sală de mese)
- ✓ distribuirea mesei și alimentarea pacientului, după caz, este realizată de personal dedicat (se recomandă ca infirmierele să nu fie aceleași care toaletează pacienții), aceste atribuții sunt menționate în ROF și în fișele de post
- ✓ echipamentul personalului care servește masa este colorat diferit față de cel al personalului care toaletează pacientul,
- ✓ personalul care manevrează alimente pe secție poartă mască și bonetă, care acoperă părul în totalitate, mănuși de unică folosință, care sunt puse după prealabila spălare și dezinfectare a mâinilor
- ✓ în situația în care nu este posibilă utilizarea personalului dedicat, acesta este obligat să schimbe complet echipamentul de lucru inaintea servirii mesei la pacienți

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este circuitul pentru transportul alimentelor:
  - din bucătărie pe secție,
  - în secție - de la preluare, la pacient (inclusiv la patul bolnavului)
- ✓ în ce condiții (recipiente, temperatură) și cu ce (cărucioare deschise/închise, auto, lift comun, lift dedicat) sunt transportate alimentele:
  - din bucătărie pe secție,
  - în secție - de la preluare, la pacient (inclusiv la patul bolnavului)



**01.09.01.09. Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la gestionarea lenjeriei și efectelor pacienților și personalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la manipularea, spălarea și dezinfecția lavetelor de curățenie

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modul de gestionare a lenjeriei cuprinde:
  - menționarea persoanelor și responsabilitățile pentru monitorizarea calității spălării lenjeriei și efectelor
  - durata de păstrare și managementul lenjeriei și efectelor pacienților nerevendicate după părăsirea spitalului
  - condițiile de acceptare în USP a uniformelor personalului medical curățate în afara USP

## Vizită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ indicatorii de monitorizare a calității spălării lenjeriei și efectelor

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ efectele proprii ale pacienților sunt spălate de către spital după preluarea acestora
- ✓ utilizarea lenjeriei și efectelor de unică folosință acolo unde este posibil (ambulatoriu, UPU/CPU/CG, săli de tratamente, spitalizare de zi, investigații, endoscopie etc.)
- ✓ în serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate pentru lenjerie/ efecte curate și murdare
- ✓ există la dispoziția pacienților echipament de spital:
  - pijama
  - halat
  - papuci

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum este gestionată curățarea și igienizarea unifomelor personalului medical
- ✓ există indicatori de monitorizare a calității igienizării lenjeriei și efectelor
- ✓ există indicatori de monitorizare a gradului de uzură acceptat a lenjeriei și efectelor



## *01.09.01.10. Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.*

## Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ colectarea selectivă a lenjeriei în funcție de gradul de infestare microbiologică
- ✓ procesarea lenjeriei pentru splălare în funcție de locul de proveniență
- ✓ diferențierea lenjeriei curate de cea utilizată se realizează printr-un cod stabilit de USP

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este circuitul lenjeriei de la colectare până la eliberarea lenjeriei curate pe secții, la patul pacientului
- ✓ există utilaje în serviciul de spălătorie care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene





## 01.09.02. Mediul de îngrijire este evaluat și adaptat permanent la necesitățile asistenței medicale.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 01.09.02.01. Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la colectarea și prelucrarea datelor din chestionarul de satisfacție a pacientului
- ✓ chestionarul de satisfacție a pacientului utilizat de USP

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ care sunt datele colectate, periodicitatea de colectare a datelor din chestionarul de satisfacție a pacientului

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt indicatorii stabiliți pentru evaluarea condițiilor hoteliere
- ✓ indicatorii stabiliți pentru evaluarea curățeniei
- ✓ care fost măsurile implementate după evaluarea indicatorilor obținuți cu privire la îmbunătățirea condițiilor hoteliere și a curățeniei



### 01.09.02.02. Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de înregistrare și analiză a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind hrana primită
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la colectarea și prelucrarea datelor din chestionarul de satisfacție a pacientului
- ✓ chestionarul de satisfacție a pacientului utilizat de USP

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ care sunt datele colectate, periodicitatea de colectare a datelor din chestionarul de satisfacție a pacientului și a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind hrana primită

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ indicatorii stabiliți pentru evaluarea serviciilor de alimentație primite în unitatea sanitară
- ✓ care fost măsurile implementate după evaluarea indicatorilor obținuți cu privire la îmbunătățirea serviciilor de alimentație primite în unitatea sanitară



### **01.09.02.03. Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de înregistrare și analiză a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind serviciul de spălătorie
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la colectarea și prelucrarea datelor din chestionarul de satisfacție a pacientului
- ✓ chestionarul de satisfacție a pacientului utilizat de USP

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele colectate, periodicitatea de colectare a datelor din chestionarul de satisfacție a pacientului și a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind aspectul lenjeriei și al efectelor

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ indicatorii stabiliți pentru evaluarea serviciilor de spălătorie primite în unitatea sanitară
- ✓ care fost măsurile implementate după evaluarea indicatorilor obținuți cu privire la îmbunătățirea serviciilor de spălătorie primite în unitatea sanitară
- ✓ care sunt criteriile stabilite de USP de scoatere din uz a lenjeriei uzate



### **01.09.02.04. Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediul ambiant.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ spații de recreere pentru pacienți
- ✓ termometre în saloane și spațiile comune ale unității sanitare (holuri etc.)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea și frecvența de înregistrare a temperaturii în saloane și spațiile comune ale unității sanitare (holuri etc.)

## 02. MANAGEMENTUL CLINIC

**02.01. Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului.**



**02.01.01. Spitalul și-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.01.01.01. Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiile specifice.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Raportul de analiză privind nevoile de servicii ale populației deservite
- ✓ lista principalelor echipamente și aparate medicale aflate în dotarea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ analiza privind nevoile de servicii de sănătate ale populației deservite conține
  - date privind morbiditatea specifică și patologiile cu incidență crescută
  - identificarea cerințelor speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite
  - identificarea resurselor disponibile pentru a oferi servicii medicale adaptate cerințelor speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite
- ✓ protocoalele utilizate la nivelul spitalului corespund morbidității specifice și patologiilor cu incidență crescută rezultate din analiza privind nevoile de servicii de sănătate ale populației deservite
- ✓ USP are la nivelul structurii de statistică medicală evidența cazurilor transferate către alte unități sanitare cu un nivel superior de competență (număr cazuri, diagnostice, spitale care le-au preluat)

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum a fost stabilit nivelul de competență al spitalului
- ✓ care sunt datele stabilite de analizat pentru monitorizarea resurselor necesare în vederea menținerii sau îmbunătățirea gradului de competență al spitalului, periodicitatea culegerii acestor date și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Managerul, membrii Comitetului director/ personalul (re)cunosc cum a fost stabilit nivelul de competență al spitalului



### **02.01.01.02. Spitalul a identificat patologiiile pentru care dispune de resurse.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența anuală privind cauzele de transfer în alte unități sanitare
- ✓ raportul anual al Consiliul medical privind actualizarea nivelului de competență al spitalului

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ evidența cazurilor transferate cuprinde gruparea cazurilor pe cod de boală



### **02.01.02. Preluarea în îngrijire a pacienților este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.01.02.01. Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la primirea și consultul pacientului programat
- ✓ lista cuprinzând numărul stabilit al paturilor necesare a fi asigurate de spital zilnic pentru asigurarea urgențelor pe fiecare specialitate

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dacă USP are stabilit necesarul paturilor pentru urgențe
- ✓ există o modalitate de calcul a timpului alocat pacienților la investigații imagistice și proceduri invazive în urgență
- ✓ dacă există o modalitate de calcul a locurilor necesare pentru consultațiile în regim de urgență
- ✓ dacă există prevederi specifice cu privire la accesul pacienților privați de libertate la servicii medicale

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ paturile stabilite pentru pacientul programabil țin cont de necesarul estimat al urgențelor potențiale
- ✓ locurile stabilite pentru investigații imagistice și proceduri invazive ale pacientului programabil țin cont de necesarul estimat al urgențelor potențiale
- ✓ locurile stabilite pentru consultațiile pacientului programabil țin cont de necesarul estimat al urgențelor potențiale
- ✓ este respectat setul minim de date solicitat pacienților pentru programare
- ✓ sistemul de programare a pacienților pentru internare este funcțional (există evidența centralizată a acestora la biroul internări, există datele lor de contact, există planificarea lunară a internărilor)
- ✓ cum s-au internat pacienții declarați programabili (ora, locul de internare, documentele de prezentare, cu cât timp înainte au știut că urmează internarea)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de stabilire a numărului de paturi destinate pentru pacientul programabil
- ✓ care este modalitatea de stabilire a timpului alocat pacienților programabili la investigații imagistice și proceduri invazive
- ✓ care este setul minim de date solicitat pacienților pentru programare



**02.01.02.02. Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista cuprinzând numărul stabilit al paturilor necesare a fi asigurate de spital zilnic pentru asigurarea urgențelor pe fiecare specialitate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la distribuția personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ numărul zilnic al paturilor libere din secții, comunicat UPU/ CPU/ camerei de gardă respectă necesarul stabilit
- ✓ utilizarea paturilor se realizează în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor
- ✓ distribuția personalului mediu între secții/compartimente se realizează în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale
- ✓ există un sistem funcțional de prioritizare a cazurilor pentru planificarea accesului la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 evidențe centralizate a paturilor libere din secții comunicate UPU/ CPU/ camerei de gardă

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite de analizat pentru monitorizarea utilizării paturilor în funcție de nevoile imediate, periodicitatea culegerii acestor date și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acesteia
- ✓ care sunt datele stabilite de analizat pentru monitorizarea distribuția personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, periodicitatea culegerii acestor date și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acesteia
- ✓ care este modalitatea de planificare a cazurilor la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament



### 02.01.03. Spitalul are organizat serviciul de urgențe medicale.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.01.03.01. Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.

##### Previzită:

###### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ lista cuprinzând numărul stabilit al paturilor necesare a fi asigurate de spital zilnic pentru asigurarea urgențelor pe fiecare specialitate
- ✓ numărul liniilor de gardă aprobate, pe specialități
- ✓ statul de funcții aprobat la nivelul spitalului (număr personal de specialitate existent, pe categorii, pe secții/compartimente și servicii medicale)

##### Vizită:

###### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ trusa de urgență
- ✓ lista medicamentelor necesare pentru serviciile medicale de urgență
- ✓ organizarea sistemului de gardă

###### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ numărul minim de paturi destinat internării urgențelor este stabilit în funcție de rata medie lunară a acestora
- ✓ asocierea specialităților pe fiecare linie de gardă
- ✓ conținutul trusei de urgență
  - ✓ materialele sanitare sunt sigilate și sterile
  - ✓ balon Ruben funcțional
  - ✓ pipă Gudel/mască laringiană funcțională
  - ✓ defibrilator
- ✓ care este timpul de răspuns la solicitare
- ✓ dovada certificării/recertificării, pentru "Suport avansat al vieții"(ALS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii care desfășoară activitate în spital
- ✓ dovada cerificării/recertificării, pentru "Suport vital de bază"(BLS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii, asistenții medicali, infirmiere, personal auxiliar medical, personal nemedical, care desfășoară activitate în spital
- ✓ este asigurat stocul stabilit de medicamente necesare pentru serviciile de urgență

###### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum este calculată rata medie lunară a numărul minim de paturi destinat internării urgențelor(dacă sunt comparate cu media lunară din anii precedenți – 3 ani consecutivi pentru stabilirea trendului, urmăresc fluctuațiile sezoniere pe specialități - sărbători, concedii, perioade agricole, migrații populaționale etc.)
- ✓ au fost efectuate simulări ale urgențelor, cu ce periodicitate, ce timp maxim de răspuns la solicitare este stabilit, care sunt datele colectate și care sunt indicatorii care măsoară eficacitatea răspunsului
- ✓ au existat discontinuități în asigurarea medicamentelor necesare pentru serviciile de urgență



**02.01.03.02. Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ statul de funcții aprobat la nivelul spitalului (număr personal de specialitate existent, pe categorii, pe secții/compartimente și servicii medicale)

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența urgențelor cu incidență scăzută
- ✓ planificarea instruirilor personalului care își desfășoară activitatea în UPU/CPU pentru urgențele cu incidență scăzută

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ coordonatorul și medicii din UPU/CPU au calificări profesionale prevăzute în reglementări legale

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost simulări ale urgențelor cu incidență scăzută, ce date urmăresc în timpul simulărilor, care este periodicitatea efectuării lor, care sunt indicatorii care măsoară eficacitatea lor



**02.01.03.03. Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO din UPU/CPU

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovada instruirii și evaluării periodice a personalului desemnat pentru triajul urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă
- ✓ spațiul destinat triajului urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă
- ✓ în FO din UPU/CPU sunt înregistrate în timp real:
  - ora și minutul prezentării pacienților în UPU/CPU/camera de gardă
  - ora și minutul efectuării triajului în UPU/CPU/camera de gardă
  - ora și minutul primului consult de specialitate în UPU/CPU/camera de gardă
  - ora și minutul efectuării primelor investigații în UPU/CPU/camera de gardă
  - ora și minutul internării pacienților prin UPU/CPU/camera de gardă
  - modalitatea de transport cu care au ajuns pacienții în UPU/CPU/camera de gardă ( ambulanță, SMURD etc.)

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt datele stabilite pentru analiza activității personalului medical în UPU/CPU/camera de gardă, care este periodicitatea de culegere a acestora și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea lor
- ✓ au existat situații în care resursele de investigație ale spitalului au fost depășite/indisponibile, cum au procedat (dacă nu au existat, cum ar trebui să procedeze)



### **02.01.04. Spitalul asigură servicii adaptate și pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale sau manifestări agresive.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.01.04.01. Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.**

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ planificarea instruirilor cu privire la interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ spitalul dispune de echipamente, dotări și amenajări pentru persoanele cu dizabilități (rampă cu înclinație la max 20°, mână curentă la scări, grupuri sanitare cu uși pentru acces cărucioare etc.)
- ✓ există posibilitatea asigurării unor facilități necesare persoanelor cu nevoi speciale (există contract /acord /parteneriat /convenție cu translator – conform specificului zonei/grupului populațional identificat în analiză, preot – conform specificului zonei/grupului populațional identificat în analiză, interpret mimico-gestic) – data contractului/parteneriatului/acordului și eventuale plăți pentru serviciile solicitate anterior

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ personalul din structurile de urgență/camera de gardă/biroul de internări/ambulatoriu poate descrie modul de acțiune în cazul prezentării unui pacient cu manifestări agresive
- ✓ personalul din spital (re)cunoaște existența preotului, translatorului, interpretului mimico-gestual
- ✓ când au fost instruiți și care este periodicitatea de instruire cu privire la interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților dizabilități/nevoi speciale
- ✓ cum este realizată identificarea (vizuală), de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale(pentru cei care necesită)



#### **02.01.04.02. Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de conținere și/sau izolare a pacienților agresivi
- ✓ planificarea instruirilor cu privire la interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților agresivi

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ spațiile destinate preluării pacienților există afișat numărul de intervenție în caz de urgență – pacienți agresivi
- ✓ există mijloace de conținere și/sau condiții de izolare a pacienților agresivi

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ când au fost instruiți și care este periodicitatea de instruire cu privire la interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților agresivi
- ✓ care este modalitatea de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/apartinătorilor
- ✓ cum este realizată identificarea (vizuală), de către personalul medical, a pacienților internați cu manifestări agresive
- ✓ există monitorizarea respectării procedurii, care sunt datele culese pentru aceasta, periodicitatea efectuării și indicatorii stabiliți pentru evaluarea acesteia



#### **02.01.05. Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu secții de psihiatrie asigură servicii adaptate pacienților psihiatrici.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.01.05.01. Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind internarea pacientului în condițiile internării nevoluntare

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO al pacienților psihiatrici internați nevoluntar

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ evaluarea situațiilor socio-profesionale și aprecierea consecințelor internării este consemnată în FO a pacientului psihiatric

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se procedează în situația internării pacientului în condițiile internării nevoluntare
- ✓ există monitorizarea respectării procedurii, care sunt datele culese pentru aceasta, periodicitatea efectuării și indicatorii stabiliți pentru evaluarea acesteia



**02.01.05.02. Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind internarea pacientului pentru expertiza medico-legală psihiatrică
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind internarea pacientului aflat în arest/detenție în vederea expertizării medico-legale psihiatrice (EMLP), după caz
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind care reglementează statutul personalului Ministerului de Interne care asigură paza pacientului aflat în arest/detenție în vederea EMLP, după caz

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO
- ✓ registrul măsurilor de izolare și conținere

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în FO a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice există documentele justificative conform legii (ordonanță emisă de procuror/ bilet de trimitere de la IML / încheierea sau hotărârea instanței de judecată)
- ✓ măsurile speciale de îngrijire și supraveghere a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice, consemnate în registrului măsurilor de izolare și conținere, se regăsesc în FO

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează în situația:
  - ✓ internării pacientului pentru expertiza medico-legală psihiatrică
  - ✓ internării pacientului aflat în arest/detenție în vederea expertizării medico-legale psihiatrice (EMLP), după caz
  - ✓ internării pacientului aflat în arest/detenție în vederea EMLP care necesită paza personalului Ministerului de Interne, după caz
  - ✓ există monitorizarea respectării procedurilor, care sunt datele culese pentru aceasta, periodicitatea efectuării și indicatorii stabiliți pentru evaluarea acestora



**02.01.05.03. Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind internarea obligatorie a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță provizorie, pentru tratament și constituirea dosarului de transfer într-un spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, regional
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind internarea obligatorie a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță definitivă

## Vizită:

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum procedează în situația:
  - ✓ internării obligatorii a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță provizorie, pentru tratament și constituirea dosarului de transfer într-un spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, regional
  - ✓ internării obligatorii a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță definitivă
  - ✓ există monitorizarea respectării procedurilor, care sunt datele culese pentru aceasta, periodicitatea efectuării și indicatorii stabiliți pentru evaluarea acestora



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

## Previzită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la măsurile de izolare și contenționare pentru pacienții psihiatrici, inclusiv cei cu adicții

## Vizită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ FO

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ Este utilizat un sistem de supraveghere continuă a pacientului psihiatric agresiv
- ✓ există mijloace tehnice de supraveghere (camere video de supraveghere conectate într-un sistem informatic integrat cu monitorizare permanentă) în spațiile dedicate internării nevoluntare a pacienților psihiatrici
- ✓ există cameră special amenajată pentru izolarea pacientului agresiv
- ✓ există sistem de manșete (pentru cele patru membre și torace) pentru imobilizarea pacientului agresiv
- ✓ în FO este consemnată decizia medicului de imobilizarea/izolarea pacientului, durata acesteia și periodicitatea monitorizării pacientului pe durata contenției (durata maximă admisă a contenției fizice este de 2 ore, iar evaluarea pacientului contenționat se realizează la maxim 30 de minute)

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum se realizează izolarea și contenționarea pacienților psihiatrici
- ✓ care este modalitatea de verificare a deținerii de către pacienții psihiatrici a obiectelor personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune
- ✓ există monitorizarea respectării procedurilor, care sunt datele culese pentru aceasta, periodicitatea efectuării și indicatorii stabiliți pentru evaluarea acestora



**02.01.05.06. Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind externarea și acompaniamentul pacientului internat nevoluntar de către aparținători
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză privind externarea și acompaniamentul pacientului care a fost internat ca măsură de siguranță provizorie și/sau definitivă

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se realizează externarea și acompaniamentul pacientului internat nevoluntar de către aparținători
- ✓ cum se realizează externarea și acompaniamentul pacientului care a fost internat ca măsură de siguranță provizorie și/sau definitivă
- ✓ există monitorizarea respectării procedurilor, care sunt datele culese pentru aceasta, periodicitatea efectuării și indicatorii stabiliți pentru evaluarea acestora

**02.02. Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia.**



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.02.01.01. În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la igienizarea generală și, după caz, locală, a pacienților
- ✓ criteriile de internare ale USP pe specialități în spitalizarea continuă și/sau de zi (din documentația depusă în vederea contractării cu CAS, dacă au contract cu aceasta)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt definite criteriile de internare proprii ale USP pe specialități în spitalizarea continuă și/sau de zi cu respectarea criteriile cadru prevăzute în Normele CoCa

## Vizită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ FO

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ sunt cunoscute și respectate criteriile de internare proprii ale USP pe specialități în spitalizarea continuă și/sau de zi
- ✓ evaluarea gradului de infecțiozitate, utilizând scorul Carmeli și receptivitatea la infecții a pacientului, respectiv dacă acesta este în tratament cu imunosupresoare sau are afecțiuni care scad capacitatea de apărare a organismului (izolare pentru potențial infecțios sau imunodeprimat) consemnată în FO
- ✓ evaluarea riscului clinic de cădere (din cauza medicației utilizate, a bolii etc), pe baza unui scor utilizat de profesioniștii spitalului consemnată în FO
- ✓ evaluarea nivelului de dependență, existența dizabilităților și a nevoilor speciale pe baza unui scor utilizat de profesioniștii spitalului, vizează transportul pacientului în condiții de siguranță până la predarea acestuia pe secție ( brancard – dotarea acestuia, fotoliu rulant, sisteme de transport/ridicare automatizate etc. ), consemnată în FO
- ✓ utilizarea unui cod perceptibil și cunoscut la nivelul spitalului de identificare a pacienților cu risc identificat infecțios, de cadere, agresivitate etc.
- ✓ evaluarea condițiilor hoteliere particulare necesare (izolare pentru potențial infecțios sau imunodeprimat, pat cu protecție, pliabil, cu o anumită înălțime, saltea antiescară, pătură care să permită reglajul termic-încălzire/răcire, dotare grup sanitar etc.), consemnată în FO
- ✓ evaluarea condițiilor cu privire la alimentație ( legate de nevoi speciale/ convingeri religioase/preferințe(vegetarian, vegan etc.)
- ✓ accesul pacientului la mijloace de investigații și tratament nu influențează durata de instituire a tratamentului/perioada de spitalizare
- ✓ în FO sunt consemnate în timp real la locul internării ora prezentării și ora deciziei de internare

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este traseul pacientului de la momentul deciziei de internare, până la predarea acestuia la salon (descrierea tuturor activităților desfășurate)
- ✓ care este traseului pacientului la internare
- ✓ cum și când este stabilit traseul medical al pacientului
- ✓ cum monitorizează respectarea procedurii de igienizarea generală și, după caz, locală, a pacienților la internare , care este periodicitatea de culegere a datelor și care sunt indicatorii de masurare a eficacității acesteia



**02.02.01.02. Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.**

## Previzită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ lista pozitivă și/sau negativă a patologiilor corespunzătoare nivelului de competență asumat la nivelul consiliului medical
- ✓ protocoale de colaborare, funcționale, cu alte unități sanitare pentru transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ USP utilizează protocoalele de colaborare cu alte unități sanitare pentru transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale (sunt funcționale)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au avut situații în care a fost depășită competența asumată/ capacitatea de rezolvare a cazului, cum au procedat



**02.02.01.03. Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ criteriile de recunoaștere a rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt respectate criteriile de recunoaștere a rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare
- ✓ sunt respectate condițiile în care investigațiile trebuie sau pot fi repetate pentru eficientizarea procesului de stabilire a diagnosticului

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt criteriile de recunoaștere a rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare
- ✓ care sunt condițiile în care investigațiile trebuie sau pot fi repetate pentru eficientizarea procesului de stabilire a diagnosticului



**02.02.02. Evaluarea inițială a pacientului include factorii psihocomportamentali și socio-economici pentru asigurarea continuității îngrijirilor.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.02.02.01. Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale
- ✓ stat de funcții actualizat
- ✓ parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistență socială

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ pacienții au acces la asistență psihologică/psihiatrică(în caz de nevoie se poate apela la psihiatrul de proximitate)
- ✓ pacienții au acces la asistență socială

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ Cum procedează în situația în care pacientul are nevoie de serviciile unui psiholog/psihiatru
- ✓ Cum procedează în situația în care pacientul are nevoie de servicii sociale



**02.02.02.02. Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ evaluarea inițială a pacientului cuprinde evaluarea psihoemoțională (agresivitate, frică etc.), psihocomportamentală (particularități care țin de preferințe religioase, etnice etc.) și socioeconomică (particularități care țin de regiune, vârstă, sex, posibilități de întreținere etc.), care se consemnează în documentele medicale
- ✓ există consemnate în FO asistența psihologică acordată
- ✓ există consemnate în documente medicale asistența socială acordată
- ✓ planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele de analizat pentru evaluarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, care este periodicitatea de colectare, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea eficacității acestuia, dacă au existat măsuri de îmbunătățire a activității



**02.02.02.03. Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Statul de funcții
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri
- ✓ dacă au existat analize a eficienței și eficacității aplicării protocoalelor pentru terapia durerii, se solicită 2-3 analize

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există farmacist clinician în USP
- ✓ la elaborarea protocoalelor pentru terapia durerii a participat și farmacistul clinician

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ FO

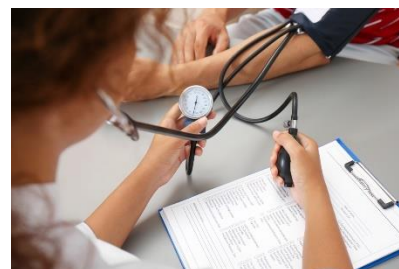
#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ scorul utilizat de profesioniștii pentru evaluarea durerii este consemnat /atașat în FO

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ ce scoruri de evaluare a durerii sunt utilizate în USP
- ✓ care au fost datele stabilite a fi colectate pentru analiza eficienței și eficacității aplicării protocoalelor pentru terapia durerii, care a fost periodicitatea colectării lor, câte cazuri au avut, care a fost eșantionarea, cum au fost centralizate datele, care au fost indicatorii de eficiență și eficacitate stabiliți pentru evaluarea acestora

Exemple scoruri durere: scara analogică vizuală SAV, scorul BOI compus(cuprinde incidență, severitate și durata durerii acute), Chestionarul McGill care utilizează trei mari clase de cuvinte care descriu durerea: cuvinte care descriu calitățile senzoriale, cuvinte care descriu calitățile afective și cuvinte evaluative ce descriu întreaga intensitate subiectivă a experienței dureroase (copii).



### 02.03. Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale.



#### 02.03.01. Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.03.01.01. Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificării stabilite de către medicul curant.

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 FO

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ în toate FO solicitate există consemnat planul de management al cazului
  - ✓ planul de management al cazului se completează la internare
  - ✓ planul de management al cazului se poate modifica, care se consemnează în FO, în funcție de evoluția pacientului
- ✓ există stabilite informațiile necesare medicului curant pentru planificarea pacienților la investigații paraclinice
  - ✓ acces la sistemul de planificare utilizat de serviciul paraclinic (online poate vizualiza planificările și intervalele libere de programare, există evaluare a timpului necesar fiecărui tip de investigație, acolo unde este cazul – exemplu: CT, RMN, endoscopie, colonoscopie, radioterapie etc.)

- ✓ există preformate utilizate de clinicieni pentru programarea pacientului la investigații - în vederea scăderii riscului de neconformitate preanalitică a investigației (pentru online – câmpuri obligatorii de completat – exemplu: informații clinice care pot orienta/alerta medicul care efectuează investigația, valoarea creatininei pentru RMN, condiții particulare de pregătire a pacientului îndeplinite pentru efectuarea investigației – a jeun, regim, purgație etc.; tipizate care conțin informațiile necesare preformate etc.)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum realizează prioritizarea la investigații și la intervenții terapeutice în situația existenței unui număr mai mic de investigații disponibile decât cel necesar



**02.03.01.02. Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru fiecare protocol la care au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocoalele de diagnostic și tratament conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, vizate de serviciul juridic-după caz – dacă există prevederi legale care fac referire la conținutul lor, aprobate)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ la care din protocoalele de diagnostic și tratament din secție au fost analizati indicatorii de eficacitate și eficiență

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ protocoalele solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale de diagnostic și tratament
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocoale

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestuia
- ✓ protocoalele de diagnostic și tratament sunt accesibile, pe specificul specialităților și patologiiilor tratate în spital, pe fiecare secție personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului



**02.03.01.03. Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ raportul de analiză ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament conține concluzii și propuneri/măsuri

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ implementarea propunerilor/măsurilor din rapoartele solicitate de analiză ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament, care este periodicitatea de colectare a datelor și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora



**02.03.01.04. Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a eficienței și eficacității pentru protocoalele analizate

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele de diagnostic și tratament au stabiliți indicatori de eficacitate și eficiență

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost realizate analize ale indicatorilor de eficacitate și eficiență pentru protocoalele de diagnostic și tratament

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ analizele indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocoalelor de diagnostic și tratament sunt efectuate periodic(semestrial) și propunerile/ măsurile rezultate sunt implementate

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ câte cazuri au fost la care s-au aplicat protocoalele de diagnostic și tratament, de la câte s-au colectat datele de analizat, cum s-a realizat eșantionarea
- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocoalelor de diagnostic și tratament, care este periodicitatea de colectare a datelor și care sunt propunerile/măsurile implementate în urma acestora



**02.03.01.05. Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.**

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ informarea personalului medical cu privire la noutățile cuprinse în ghiduri și bune practici medicale aplicabile în spital este un proces organizat, continuu:
  - ✓ există persoane responsabile cu monitorizarea și informarea personalului medical cu privire la noutățile din domeniu
  - ✓ există informări, în urma participării la congrese etc.
  - ✓ noutățile sunt postate pe intranet
- ✓ este stabilită și respectată periodicitatea de întâlnire a grupului de lucru în vederea deciziei necesității de abrogare a protocoalelor de diagnostic și tratament, ținând cont de:
  - ✓ noutățile cuprinse în ghiduri
  - ✓ bune practici medicale aplicabile în spital
  - ✓ modificări ale resurselor (umane, dotări etc.)
  - ✓ analizei indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocoalelor utilizate

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum este informat personalul medical cu privire la noutățile cuprinse în ghiduri și bune practici medicale aplicabile în spital
- ✓ cum se realizează actualizarea protocoalelor de diagnostic și tratament



**02.03.02. Abordarea integrată a pacientului este o uzanță a practicii medicale.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.03.02.01. Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.**

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale eficacității desfășurării consulturilor interdisciplinare interne sau externe
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale eficacității asigurării consultului psihiatric în caz de necesitate

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările pentru care au fost solicitate rapoartele de analiză cuprind indicatori de eficacitate

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ consulturilor interdisciplinare sunt organizate și funcționale:
  - sunt definite situațiile care necesită abordare multidisciplinară
  - sunt cunoscuți medicii desemnați pentru consulturile interdisciplinare
  - întâlnirile între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite sunt planificate.

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum sunt asigurate consulturilor interdisciplinare pe secție
- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza modalității de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, care este periodicitatea de colectare a datelor și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora
- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza modalității de asigurare a consultului psihiatric în caz de necesitate, care este periodicitatea de colectare a datelor și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora
- ✓ există analize ale cazurilor deosebite, dacă DA cum sunt realizate



**02.03.02.02. Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO).**

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există măsuri implementate de respectare/îmbunătățire a timpilor de răspuns la solicitare a consultului interdisciplinar
- ✓ fundamentarea medicală a consultului interdisciplinar este consemnată în FO
- ✓ în FO este consemnată ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este intervalul de timp stabilit pentru răspuns la solicitările consultului interdisciplinar pe tipuri de cazuri
- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza timpului de răspuns la solicitarea consulturilor interdisciplinare interne sau externe, care este periodicitatea de colectare a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora, dacă au existat măsuri implementate în urma analizelor



### **02.03.02.03. A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală"
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul în care specialiști externi instituției pot fi solicitați și pot exprima "a doua opinie medicală"

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Reglementările pentru care au fost solicitate rapoartele de analiză cuprind indicatori de eficacitate

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza modului în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală", care este periodicitatea de colectare a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora, dacă au existat măsuri implementate în urma analizelor
- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza modului în care specialiști externi instituției pot fi solicitați și pot exprima "a doua opinie medicală", care este periodicitatea de colectare a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora, dacă au existat măsuri implementate în urma analizelor.



### **02.03.02.04. Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a respectării modalității de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocol de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi cuprinde:
  - determinarea creatininei și clearance-ului de creatinină la pacienții internați
  - determinarea sumarului de urină la pacienții internați
  - determinarea raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urina din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant)

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO
- ✓ 2-3 scrisori medicale ale pacienților externați cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în FO sunt consemnate determinările precizate în protocol
- ✓ în scrisorile medicale ale pacienților externți cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată conțin indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au existat pacienți a caror diagnostic de internare/ boli asociate/ antecedente să constituie risc de apariție al BCR, cum au procedat
- ✓ au existat pacienți externți cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată

**Atenție!** Dacă protocolul de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi nu cuprinde determinările necesare, indicatorii numerici care utilizează acele date nu pot fi validați.



### **02.03.02.05. Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență de a trata cazuri oncologice
- ✓ dacă funcționează la nivelul spitalului comisie multidisciplinară oncologică – decizia/deciziile de constituire a acesteia/acestora și regulamentul de organizare și funcționare a comisiei (parte a ROF spital sau independent de acesta)
- ✓ dacă NU funcționează la nivelul spitalului comisie multidisciplinară oncologică – orice document din care să reiasă componența comisiei care a decis tratamentul pentru pacientul oncologic
- ✓ lista protoalelor de diagnostic și/sau tratament utilizate, specifice pacientului oncologic
- ✓ 2-3 protoale de diagnostic și/sau tratament specifice pacientului oncologic

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ comisia multidisciplinară oncologică cuprinde minim medic specialist oncolog, radioterapeut, chirurg oncolog de organ, anatomopatolog, radiolog

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă funcționează la nivelul spitalului comisie multidisciplinară oncologică
- ✓ dacă sunt tratați pacienți oncologici (inclusiv în orice secție chirurgicală) în secția unde urmează să susțină interviul

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ comisia multidisciplinară oncologică decide conduita terapeutică și planifică episoadele de tratament ale pacientului oncologic
- ✓ tratamentul (chirurgical/ chimioterapie/ radioterapie) al pacientului oncologic respectă planificarea comisiei multidisciplinare oncologice
- ✓ implementarea protoalelor de diagnostic și/sau tratament specifice pacientului oncologic respectă condițiile generale de validare a protoalelor

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este modalitatea de abordare a tratamentului în situația unui pacient oncologic
- ✓ care sunt datele stabilite a fi necesare pentru prezentarea pacientului cu afecțiune malignă la comisia multidisciplinară oncologică



### 02.03.03. Spitalul asigură continuitatea actului medical ulterior evaluării inițiale.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.03.03.01. Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ lista aprobată a liniilor de gardă
- ✓ stat de funcții cu posturile ocupate
- ✓ lista serviciilor paraclinice de urgență 24/7
- ✓ contracte de prestări servicii/de muncă cu normă parțială pentru asigurarea serviciilor medicale deficitare temporar/ permanent (acolo unde este cazul) - exemple:
  - asigurare gărzi
  - asigurarea continuității serviciilor de sănătate pe durata concediilor
  - servicii necesare ocazional etc.

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ medicii angajați pe secție pot acoperi gărzile necesare asigurării continuității/ este nevoie de suplimentarea numărului acestora/ este sau nu asigurată suplimentarea acestora
- ✓ întocmirea liniilor de gardă respectă prevederile legale de asocieri permise între specialități
- ✓ există linii de gardă pentru fiecare secție/compartiment independent cu spitalizare continuă sau compartimente care fac parte din secții pentru care nu sunt permise asocierea liniilor de gardă (exemplu - obstetrică cu neonatologie, orl cu oftalmologie etc.)
- ✓ asigurarea serviciilor paraclinice de urgență 24/7 (în regim propriu sau contractat)

#### Vizită:

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au existat disfuncționalități în acordarea intervențiilor chirurgicale, cum se prioritizează acestea
- ✓ care sunt criteriile de evaluare pentru identificarea nevoii de îngrijiri paliative
- ✓ au existat disfuncționalități în asigurarea serviciilor paraclinice de urgență 24/7
- ✓ au existat disfuncționalități în asigurarea liniilor de gardă



### **02.03.03.02. Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența unităților sanitare care furnizează servicii de recuperare/reabilitare
- ✓ protocoale/contracte cu unități sanitare care furnizează servicii de recuperare/reabilitare

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sistem funcțional de programare a pacienților internați în USP care au nevoie de servicii de recuperare care depășesc nivelul de competență asumat al USP, pentru continuitatea serviciului de sănătate până la rezolvarea cazului

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum sunt asigurate serviciile de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii pentru pacienții USP
- ✓ care sunt datele colectate pentru analiza modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, care este periodicitatea de colectare a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora, dacă au existat măsuri implementate în urma analizelor



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.03.04.01. Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la utilizarea planului de îngrijiri
- ✓ 2-3 evaluări a gradului de dependență din secția unde evaluatorul va susține interviul

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- pre-vizită
- ✓ planul de îngrijire cuprinde:
  - scorul de dependență utilizat
  - sarcinile specifice fiecărei persoane în funcție de competență

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul de instruire a personalului de îngrijire în prevenirea și/sau tratarea escarelor și trombozelor

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovada respectării planificării instruirii personalului de îngrijire în prevenirea și/sau tratarea escarelor și trombozelor



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 analize ale modului de utilizare a planului de îngrijiri

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ planul de îngrijire cuprinde:
  - menționi referitoare la nevoilor spirituale, religioase și culturale, ale pacientului

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ analizele modului de utilizare a planului de îngrijiri sunt semestriale

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ câte cazuri au fost evaluate pentru fiecare din analizele care au fost solicitate, la câte din ele au fost constatate neconformități
- ✓ cum este întocmit planul de îngrijiri



**02.03.04.03. Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 planuri de îngrijire din FO curente/arhiva de pe secție

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ planurile de îngrijire solicitate cuprind:
  - evoluția pacienților
  - ora la care se administrează efectiv tratamentul medicamentos

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este adaptat planul de îngrijire la evoluția pacientului (2-3 exemple)



**02.03.04.04. 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.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților externați

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ documentele de externare conțin:
  - descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării
  - recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor
- ✓ dovada transmiterii medicului de familie/ trimițător a documentelor medicale de externare ale pacientului

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ pacienți programați pentru externare în următoarele 24 de ore sunt întrebați dacă au înțeles ce au de făcut după externare din punct de vedere al îngrijirii



**02.03.04.05. Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ fundamentarea nevoii de personal
- ✓ solicitări de suplimentare temporară a personalului de îngrijire

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ nevoia de personal este bazată pe:
  - normativul specific spitalului și tipului de secție
  - nevoia medie de îngrijire a pacienților calculată pe secție
- ✓ solicitările de suplimentare temporară a personalului de îngrijire țin cont de creșterea nevoii de îngrijire a pacienților, calculată pe secție

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ există pe secție personal de îngrijire care să asigure acoperirea nevoii de îngrijire a pacienților

**Atenție! Dacă pe secție nu este utilizată nevoia de îngrijire a pacienților pentru stabilirea necesarului de personal, indicatorii numerici nu pot fi validați!**



**02.03.05. Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real și evitând redundanțele, accesul la acestea fiind reglementat.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.03.05.01. Spitalul stabilește datele necesare a fi culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 analize la nivelul spitalului ale completării corecte și complete a datelor din documentele medicale

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de colectare a datelor medicale conține prevederi care determină evitarea redundanțelor și erorile de înregistrare (exemplu :1. aceleași date nu se colectează prin două modalități diferite - electronic și pe suport de hârtie 2. în cazul în care datele sunt colectate în format electronic și se solicită înregistrarea pe suport de hârtie acestea se tipăresc din formatul electronic)

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite a fi culese în vederea analizei modalității de colectare a datelor medicale la nivelul spitalului, periodicitatea de colectare, care sunt indicatorii care măsoară corectitudinea acestora, ce măsuri au fost implementate pentru menținere/îmbunătățirea înregistrării datelor medicale



## **02.03.05.02. Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 analize la nivelul secției a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie - datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/ consulturi/investigații etc.

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ FO solicitate cuprind înregistrări referitoare la:
  - ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice
  - fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații
  - ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor
- ✓ înregistrările din FO/planul de îngrijiri/documente medicale sunt scrise lizibil

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite a fi culese în vederea analizei modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie, periodicitatea de colectare, care sunt indicatorii care măsoară corectitudinea acesteia, ce măsuri au fost implementate pentru menținere/îmbunătățirea înregistrării datelor medicale



## **02.04. Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului".**



### **02.04.01. Spitalul a adoptat o politică de promovare a alimentației la sân în secțiile de neonatologie.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrative de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.04.01.01. Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista reglementărilor aplicabile secției
- ✓ lista protocoalelor aplicabile secției
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare a reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la promovarea alăptării nou-născuților și sugarilor (dacă acestea se regăsesc pe lista pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la nașterea pe cale naturală(dacă acestea se regăsesc pe lista pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la punerea la sân a nou-născutului la termen și sănătos(dacă acestea se regăsesc pe lista pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la suspendarea temporară a alăptării din motive terapeutice(dacă acestea se regăsesc pe lista pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ programul de instruire destinat gravidei/lăuzei

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul privind nașterea pe cale naturală prevede punerea în contact intim al nou-născutului cu mama imediat după naștere
- ✓ protocolul privind punerea la sân a nou-născutului la termen și sănătos conține prevederi privind punerea la sân a acestuia în primele 2 ore după nașterea pe cale naturală și primele 4 ore după naștere prin operație cezariană
- ✓ programul de instruire destinat gravidei/lăuzei conține prevederi referitoare la importanța alăptării, cel puțin până la vârsta de 6 luni a copilului
- ✓ protocoalele/reglementările conțin indicatori de eficacitate și acolo unde este cazul indicatori de eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol/reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate
- ✓ formalizarea (protocoalele vizate de Consiliul medical, reglementările vizate de serviciul juridic-după caz – dacă există prevederi legale care fac referire la conținutul lor, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ la care din protocoalele/ reglementările din secție au fost analizati indicatorii de eficacitate/ eficiență

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele/reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate/ eficiență (dacă a fost cazul) stabiliți în protocoale/reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestora
- ✓ protocoalele/reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul/ reglementarea pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate/ eficiență a protocolului/reglementării



## 02.04.01.02. Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la consilierea mamelor HIV-pozitive în legătură cu alimentația copilului, la nivelul maternității (dacă USP afirmă că a fost analizat)

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (este înregistrat în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocol
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobat)

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă pentru protocolul cu privire la consilierea mamelor HIV-pozitive în legătură cu alimentația copilului au fost analizati indicatorii de eficacitate

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 FO mame externate
- ✓ material informativ privind alăptarea

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care-l aplică și este cunoscut de către acestea
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în protocol
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator
- ✓ materialul informativ privind alăptarea este înmânat tuturor gravidelor/lăuzelor internate
- ✓ epicriza din FO analizate conține recomandări privind continuarea sau după caz, inițierea alăptării după externare

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul cu privire la consilierea mamelor HIV-pozitive în legătură cu alimentația copilului
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate a protocolului
- ✓ care este modalitatea de utilizare a materialului informativ privind alăptarea



**02.04.01.03. Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.**

**Previzită**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul anual de instruire a personalului medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 fișe de post ale personalului medical din secția de obstetrică-ginecologie/ neo-natologie

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există dovada instruirii personalului medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie cu privire la promovarea alimentației sănătoase a nou-născutului și sugarului conform planificării
- ✓ fișele de post ale personalului medical din secția de obstetrică-ginecologie și neo-natologie există atribuții cu privire la pregătirea, îndrumarea și urmărirea fiecărei mame cu privire la alimentația la sân

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum sunt instruite mamele cu privire la alimentația sănătoasă a nou-născutului și sugarului



**02.04.01.04. Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există infrastructură și suprastructură adaptată pentru susținerea și promovarea alăptării
- ✓ există rezerve rooming-in pentru mamă și copil
- ✓ rezerva în sistem „rooming in” este prevăzută cu sistem de supraveghere a mamei și copilului

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum a fost stabilit numărul de paturi din rezervele rooming-in pentru mamă și copil, dacă acestea acoperă necesarul estimat – răspunsul se consemnează la rubrica observații a indicatorului numeric



## 02.04.02. Spitalul se preocupă de identificarea și prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou-născut.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.04.02.01. Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la consilierea mamelor cu TBC/Lues/HIV-pozitive în legătură cu monitorizarea stării de sănătate a nou-născuților (dacă USP afirmă că a fost analizat)
- ✓ planul anual de instruire a personalului
- ✓ 1-2 rapoarte de analiză a cazurilor de nou-născuți nevaccinați până la externare

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (este înregistrat în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă au fost analizați indicatorii de eficacitate ai protocolului cu privire la consilierea mamelor cu TBC/Lues/HIV-pozitive

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în protocol
- ✓ protocolul este accesibil, pe fiecare secție personalului medical utilizator
- ✓ instruirea personalului cuprinde module de pregătire referitor la implementarea programelor de imunizare prin instruirea părinților asupra beneficiilor vaccinării la copil și prezentarea materialelor informative
- ✓ analizele cazurilor de nou-născuți nevaccinați până la externare, sunt periodice, se menționează și numărul de cazuri în care părinții refuză vaccinarea

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite a fi culese pentru analiza cazurilor de nou-născuți nevaccinați până la externare (sunt incluse date de identificare a cauzelor - refuzul vaccinării, lipsa vaccinului etc.), care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru evaluare, eventuale măsuri implementate



## 02.04.02.02. Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la diagnosticul posibilelor deficiențe ale nou-născutului depistabile la naștere (dacă USP afirmă că a fost analizat)

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (este înregistrat în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă au fost analizați indicatorii de eficacitate la protocolul cu privire la diagnosticul posibilelor deficiențe ale nou-născutului depistabile la naștere

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 FO nou-născuți

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în protocol
- ✓ protocolul este accesibil, pe fiecare secție personalului medical utilizator
- ✓ FO solicitate cuprind consemnarea testării după naștere a auzului, vederii și prezenței sau predispoziției pentru displazie de șold

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate a protocolului
- ✓ au existat disfuncționalități în aprovizionare care au condus la nerespectarea protocolului cu privire la diagnosticul posibilelor deficiențe ale nou-născutului depistabile la naștere, dacă răspunsul este DA, câteva exemple – se consemnează la rubrica observații
- ✓ există resursele necesare identificării intrauterine a malformațiilor (materiale – echograf 4D etc. și umane – personal calificat)
- ✓ cum este verificată corectitudinea consemnărilor în documentele medicale a testării după naștere a auzului, vederii și prezenței sau predispoziției pentru displazie de șold



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.04.03.01. Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.

##### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ autorizație sanitară pentru biberonerie/ bucătărie de lapte (menționare în structurile autorizate)

##### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ spații de recreere pentru copii în aer liber
- ✓ spații de recreere pentru copii în interior
- ✓ există saloane distincte pe categorii de vârstă și sex, cu separarea sugurilor (0-1 an) și copiilor mici(1-3 ani) de celelalte categorii – preșcolar, școlar și adolescent
- ✓ băile sunt adaptate vârstei copiilor
- ✓ mobilierul este adaptat vârstei copiilor
- ✓ există posibilitatea cazării mamelor însoțitoare pentru copii sub 3 ani sau la cerere pentru copii mai mari
- ✓ contracte de voluntariat etc. pentru persoanele care asigură facilități de educație pentru copii internați
- ✓ există sonde de alimentare enterală de unică folosință în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă au copii de vârstă școlară cu spitalizare îndelungată sau multirepetitivă, dacă răspunsul este DA – cum asigură facilități de educație pentru aceștia



#### 02.04.03.02. Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.

##### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ stat de funcții

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ există posturi ocupate (poate să fie contract de muncă/prestări servicii/ voluntariat etc.) de psiholog și asistent social pe secția cu profil pediatric
- ✓ există posturi ocupate (poate să fie contract de muncă/prestări servicii/ voluntariat etc.) de psiholog în ambulator sau există contracte/protocoale de colaborare cu cabinete ale psihologilor din ambulator (este preferat cu aceiași care lucrează în spital)

##### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ este asigurată asistența psihologică pentru copiii internați
- ✓ este asigurată asistența psihologică pentru aparținătorii/părinții copiilor internați
- ✓ este asigurată asistența socială pentru copiii internați

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ A fost necesară asistența psihologică pentru copiii internați/ aparținători, cum au procedat
- ✓ cum este asigurată continuitatea asistenței psihologice pentru copiii internați/ aparținători la externare
- ✓ au avut asigurată la nevoie asistența socială pentru copiii internați

## 02.05. Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.



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



Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.05.01.01. Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.

#### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ necesarul pe tipuri de investigații pentru fiecare sector de activitate (cu menționarea timpilor maximali de livrare a rezultatelor - în regim normal și urgență)
- ✓ estimarea volumului de investigații necesar pentru fiecare sector de activitate (în regim normal și urgență)
- ✓ profil de investigații solicitate de clinicieni pe grupe de diagnostic/ organ etc.

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ aparatura din serviciul paraclinic este dimensionată pentru a satisface volumul de investigații estimat necesar ( exemplu – pentru CT se calculează în funcție de timpii necesari efectuării segmentelor: 20 min pentru cap, 30 min pentru cap cu substanță de contrast etc.; laborator clinic aparatul de biochimie se dimensionează ca numărul de teste pe oră să fie egal cu numărul mediu de pacienți/CNP pentru care se efectuează analize pe zi etc.)
- ✓ sunt monitorizați și respectați timpii de livrare a rezultatelor investigațiilor
- ✓ există măsuri de prevenire a abuzurilor de prescriere a investigațiilor paraclinice (un nivel superior suplimentar de decizie a prescrierii investigațiilor – recomandat persoana implicată în managementul USP, profile preformate de prescriere a analizelor etc.)

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt analizele utilizate cu rol de screening pe categorii populaționale cu risc
- ✓ cum sunt monitorizate respectarea intervalelor de timp pentru predarea rezultatelor în regim normal și de urgență, care sunt datele stabilite spre a fi consemnate, care este intervalul de timp la care sunt culese, ce indicatori de măsurare utilizează, dacă au fost implementate măsuri de îmbunătățire a acestora
- ✓ ce modalități de evitare a abuzurilor de prescriere a investigațiilor paraclinice au identificat



## **02.05.01.02. Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare (dacă USP afirmă că a fost analizată)
- ✓ registrul de riscuri al laboratorului dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementarilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării cu privire la modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare (este înregistrat în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)
- ✓ reglementarea cuprinde situațiile în care medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă au fost analizați indicatorii de eficacitate la reglementarea cu privire la modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o aplică și este cunoscută de acestea
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ reglementarea este accesibilă, pe fiecare secție/sector de activitate personalului medical utilizator
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestuia

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat reglementarea
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate a reglementării
- ✓ au existat disfuncționalități în formarea echipelor multidisciplinare, dacă răspunsul este DA, ce măsuri au implementat



## **02.05.02. Serviciile paraclinice răspund necesităților de investigare a pacienților în ceea ce privește accesibilitatea, calitatea și intervalul de timp până la obținerea rezultatelor.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.05.02.01. Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru fiecare activitate pentru care spitalul a afirmat că a efectuat analize ale neconformităților

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ rapoartele de analiză pentru fiecare activitate conțin concluzii și propuneri/măsurile de îmbunătățire a activității
- ✓ există stabilită și respectată modalitatea de identificare și raportare a neconformităților
- ✓ există monitorizarea procesului de desfășurare a investigației de la inițierea acestuia (recoltare sau pregătire a pacientului pentru investigație, după caz), până la primirea rezultatului de către prescriptor
- ✓ instituirea măsurilor corective și de prevenire a repetării situațiilor care au generat eroarea sunt imediate atât în laborator, cât și pe tot traseul desfășurării serviciului paraclinic, de la inițiere, la finalizarea lui

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă există analize ale neconformităților aferente activității laboratorului datorate recoltării/ pregătirii pacientului pentru investigații
- ✓ dacă există analize ale neconformităților aferente activității laboratorului datorate aparaturii existente
- ✓ dacă există analize ale neconformităților aferente activității laboratorului datorate personalului existent

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei neconformităților aferente activității laboratorului datorate recoltării/ pregătirii pacientului pentru investigații, care este periodicitatea de colectare, care sunt indicatorii stabiliți de măsurare a acesteia
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei neconformităților aferente activității laboratorului datorate aparaturii existente, care este periodicitatea de colectare, care sunt indicatorii stabiliți de măsurare a acesteia
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei neconformităților aferente activității laboratorului datorate personalului existent, care este periodicitatea de colectare, care sunt indicatorii stabiliți de măsurare a acesteia



**02.05.02.02. Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 buletine de analiză (rezultate) cu rezultate care nu s-au înscris în intervalul de referință

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ buletinele de analiză (rezultate) au precizate intervalele de referință (acolo unde este cazul – laborator clinic etc.)
- ✓ intervalele de referință sunt actualizate în funcție de metoda utilizată/ aparat/ sistem de lucru utilizate pentru determinare în laborator
- ✓ sunt respectate modalitățile de comunicare a valorilor normale/de alertă/critice
- ✓ există un sistem funcțional de comunicare către medicii prescriptori în situația constatării unor neconformități

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de comunicare a valorilor normale/de alertă/critice
- ✓ există sistem de back-up pentru aparatura din laborator (propriu sau externalizat), dacă acesta utilizează aceleași metoda / aparat/ sistem de lucru
- ✓ cum procedează cu emiterea buletinelor de analiză în situația modificărilor de metoda utilizată/ aparat/ sistem de lucru utilizate pentru determinare în laborator
- ✓ cum procedează în situația constatării unor neconformități, care este sistemul de comunicare către medicii prescriptori



**02.05.02.03. Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ model de rezultat
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a protocoalelor utilizate pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională au fost analizați indicatorii de eficacitate

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt utilizate planuri de investigații de radiologie, imagistică și explorări funcționale care să optimizeze traseul clinic și să limiteze suprainvestigarea
- ✓ respectarea modalității de furnizare a rezultatelor cu livrarea imaginilor colectate care au stat la baza emiterii rezultatului
- ✓ există un sistem funcțional de comunicare către medicii prescriptori în situația constatării unor neconformități
- ✓ protocoalele solicitate conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ protocoalele conțin indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate

- ✓ formalizarea protocoalelor solicitate (vizate de Consiliul medical, aprobate)
- ✓ rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de către Consiliul medical

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ sunt utilizate planuri de investigații de radiologie, imagistică și explorări funcționale pentru fiecare patologie sau asocieri de patologii
- ✓ cum procedează în situația constatării unor neconformități, care este sistemul de comunicare către medicii prescriptori
- ✓ la care din protocoalele utilizate pentru pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională au fost analizati indicatorii de eficacitate
- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei periodice ale investigațiilor respinse/eșuate ca urmare a modului deficitar de pregătire prealabilă a pacienților, care este periodicitatea, care sunt indicatorii stabiliți de măsurare a acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei periodice a ratei de confirmare a diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, care este periodicitatea de analiză, ce măsuri au implementat

**Atenție! Dacă datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei periodice a ratei de confirmare a diagnosticelor prezumtive nu sunt înregistrate, indicatorii numerici nu pot fi validați!**



#### **02.05.03. Laboratorul se preocupă de satisfacerea în condiții optime a nevoilor de investigare.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.05.03.01. Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a rezultatelor controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic
- ✓ criterii de solicitare pentru "a doua opinie medicală" referitoare la rezultatele investigațiilor paraclinice

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ rapoartele de analiză a rezultatelor controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic conțin concluzii și propuneri/măsuri

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ cărțile tehnice ale aparaturii utilizate/metoda de lucru utilizată
- ✓ documentele unde sunt înregistrate rezultatele calibrărilor, controalelor interne de calitate (caiete de laborator), frecvența efectuării lor respectă recomandările din cărțile tehnice ale aparaturii utilizate/ metodei de lucru utilizată
- ✓ rezultatele controalelor externe de calitate sunt în intervalul de referință
- ✓ frecvența efectuării controalelor externe de calitate este de minim 4/an pentru fiecare tip de analiză
- ✓ solicitarea de investigații se face utilizând formulare tipizate

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este frecvența calibrărilor, controalelor interne de calitate și a controalelor externe de calitate
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei rezultatelor controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic, care este periodicitatea de analiză, ce măsuri au implementat
- ✓ dacă au fost situații de solicitare a unei "a doua opinii medicale" referitoare la rezultatele investigațiilor paraclinice, cum au procedat



### *02.05.03.02. Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.*

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice
- ✓ registrul de riscuri al laboratorului dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2- 3 analize a indicatorilor de eficiență a reglementării cu privire la transportul probelor recoltate

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, vizate de serviciul juridic, aprobată)

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

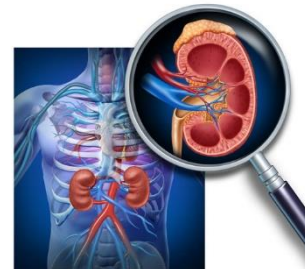
- ✓ utilizarea sistemului "dubla verificare" în toate situațiile identificate de laborator, care ar putea genera confuzii
- ✓ recoltarea produselor biologice se realizează condiții de siguranță, în recipiente închise ermetic

- ✓ transportul probelor biologice se realizează în condiții de siguranță, cu respectarea timpului de transport și a condițiilor termice de transport recomandate;
- ✓ respectarea timpului angajat de predare a rezultatelor la medicul prescriptor
- ✓ rezultatele investigațiilor sunt transmise cel puțin electronic medicilor prescriptori (nu pacienților – acestora numai pentru investigații efectuate fără recomandare!), cu respectarea timpilor angajați
- ✓ respectarea planificării instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice
- ✓ spitalul utilizează soluții de automatizare a fluxurilor operaționale de transport probe/ rezultate între sectoarele de activitate
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului implicat

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este sistemul de identificare a probelor/segmentului de investigat utilizat în spital
- ✓ cum este realizat transportul probelor biologice
- ✓ care sunt timpii stabiliți pentru primirea rezultatelor de către medicul prescriptor
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de transport a probelor recoltate, care este periodicitatea de analiză, ce măsuri au implementat.





## 02.06. Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR).



### 02.06.01. Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură accesul pacienților cu BCR la tratamentul de suplere a funcției renale (TSFR) individualizat și la momentul optim.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.06.01.01. Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru reglementarea cu privire la modalitatea de colaborare cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR (dacă USP afirmă că au fost analizate)

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă în secție au fost analizați indicatorii de eficacitate ai reglementării

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o aplică și este cunoscută de acestea
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ există evidența pacienților cu BCR care s-au adresat spitalului
- ✓ există evidența medicilor de familie, cu date de contact actualizate, la care sunt înscrși pacienții cu BCR monitorizați de secție
- ✓ există plan de monitorizare individualizat al pacienților cu BCR
- ✓ există criterii definite pentru internarea pacienților cu BCR.

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este managementul pacienților cu BCR (circuit, plan de monitorizare, criterii pentru internare etc.)
- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat reglementarea cu privire la modalitatea de colaborare cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de colaborare cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR, care este periodicitatea de analiză, ce măsuri au implementat

Exemplu: pentru indicatorul „ Număr pacienți cu BCR monitorizați de medicii de familie, în baza reglementării specifice a spitalului per total pacienți cu BCR aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat.” dacă spitalul nu are evidența medicilor de familie cu datele de contact, nu respectă reglementarea cu privire la modalitatea de colaborare cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR, chiar dacă spitalul declară un raport numeric, datele nu pot fi validate.

**Atenție! Dacă datele nu sunt înregistrate în timp real sau modalitatea de calcul nu este corectă, nu se validează indicatorii numerici!**



**02.06.01.02. Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de suplere renală**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ protocoale de colaborare cu centrele de transplant
- ✓ protocoale de colaborare pentru efectuarea fistulei arterio-venoase

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele de colaborare pentru efectuarea fistulei arterio-venoase sunt încheiate cu USP care au servicii de chirurgie vasculară/medic chirurg, cu competență în chirurgie vasculară

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există planificare a pacienților cu RFG cuprinsă între 15-20mL/min, pentru efectuarea fistulei arterio-venoase
- ✓ protocoalele de colaborare pentru efectuarea fistulei arterio-venoase sunt funcționale
- ✓ pacienții cu BCR aflați în evidența secției de nefrologie sunt investigați în vederea transplantului
- ✓ protocoalele de colaborare cu centrele de transplant sunt funcționale

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum selectează pacienții pentru recomandarea fistulei arterio-venoase
- ✓ cum procedează cu pacienții care au nevoie de fistulă arterio-venoasă
- ✓ au existat pacienți cu BCR care au primit recomandare de transplant, cum au procedat



## **02.06.02. Eficacitatea și eficiența TSFR (tratamentelor de supleere renală) sunt preocupări constante ale unității de dializă.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.06.02.01. Unitatea care inițiază dializa decide asupra modalității de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienții și familiile lor.**

Pentru validarea **indicatorilor numerici**, în vizită evaluatorul:

- ✓ întreabă care au fost datele care au stat la baza calculului acelor indicatori,
- ✓ cum sunt înregistrate acele date (se aleg 3 situații/exemple pentru a se convinge că datele se înregistrează în timp real)
- ✓ care este periodicitatea de colectare a datelor
- ✓ cum sunt calculați indicatorii solicitați
- ✓ există o modalitate stabilă și respectată de autocontrol a corectitudinii de înregistrare a datelor
- ✓ se consemnează la rubrica observații a indicatorului numeric toate constatările

**Atenție! Dacă datele nu sunt înregistrate în timp real sau modalitatea de calcul nu este corectă, nu se validează indicatorii numerici!**



### **02.06.02.02. Unitatea care inițiază dializa colaborează cu secțiile/compartimentele de nefrologie care recomandă inițierea tratamentului și cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ protocoale de colaborare cu centrele ambulatorii de dializă, pentru care pacienții optează pentru continuarea tratamentului

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența centrelor de dializă cu care USP colaborează

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele de colaborare cu centrele ambulatorii de dializă sunt funcționale
- ✓ pacienții sunt informați cu privire la centrele ambulatorii de dializă și pot alege continuarea tratamentului într-un centru de dializă care-l preia în îngrijire
- ✓ comunicarea între USP cu nefrologie și centrele de dializă este continuă, de la preluarea pacientului cu BCR dializat, pe toată durata vieții acestuia, asigurând continuitatea serviciilor de sănătate necesare, inclusiv a complicațiilor survenite pe perioada dializării

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ ce se întâmplă cu pacienții după ce au fost preluați de către centrele de dializă (dacă apar complicații etc.)



### 02.06.03. Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi, monitorizează evoluția (performanța medicală a tratamentului prin dializă) pacienților dializați.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.06.03.01. Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează și transmite on-line, în timp real, în formatul și cu frecvența solicitate de Registrul Renal Român toți parametri de monitorizare a performanței medicale a tratamentului prin dializă.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru reglementarea cu privire la modalitatea de înregistrare și transmitere a parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român (dacă USP afirmă că au fost analizate)

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, vizată de juridic, aprobată)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ dacă în secție au fost analizați indicatorii de eficacitate ai reglementării

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o aplică și este cunoscută de acestea
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ există evidența pacienților cu BCR pentru care se transmit parametrii de monitorizare către Registrul Renal Român
- ✓ sunt respectate condițiile de transmitere a datelor (parametrii, periodicitate) către Registrul Renal Român

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicată reglementarea cu privire la modalitatea de înregistrare și transmitere a parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de înregistrare și transmitere a parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



## 02.06.03.02. Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează anemia pacienților dializați.

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la monitorizarea și corectarea echilibrului fierului înainte de inițierea tratamentului cu agenți stimulatori ai eritropoiezei (ASE) la pacienții dializați (HD/DP) (dacă USP afirmă că a fost analizat)

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocolului

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestuia
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei monitorizării și corectării echilibrului fierului înainte de inițierea tratamentului cu agenți stimulatori ai eritropoiezei (ASE) la pacienții dializați (HD/DP), care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



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

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la monitorizarea bilanțului fosfo-calcic al pacienților dializați (HD/DP) (dacă USP afirmă că a fost analizat)

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocolului

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestuia
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei monitorizării bilanțului fosfo-calcic al pacienților dializați (HD/DP) care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



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

##### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la monitorizarea acidozei la pacienții dializați (HD/DP) (dacă USP afirmă că a fost analizat)

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocolului

##### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestuia
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei monitorizării acidozei la pacienții dializați (HD/DP), care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestuia, ce măsuri au implementat



**02.06.03.05. Unitatea de dializă, în regim de spitalizare de zi monitorizează riscul infecțios specific pacientului dializat.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la monitorizarea serologică a hepatitei (dacă USP afirmă că a fost analizat)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocolului

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestuia
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator
- ✓ există spații/saloane separate pentru tratamentul bolnavii pozitivi pentru AgHBs, VHC, HIV, semnalizate perceptibil doar pentru personal

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei monitorizarea serologică a hepatitei, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care este modalitatea de semnalizare a spațiilor/saloanelor pentru tratamentul bolnavilor pozitivi pentru AgHBs, VHC, HIV



### **02.06.03.06. Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează starea de nutriție a pacienților dializați.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la monitorizarea evoluției stării de nutriție a pacienților dializați (dacă USP afirmă că a fost analizat)

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocolului

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea pacienților dializați în vederea monitorizării evoluției

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestuia
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator
- ✓ planificarea pacienților dializați în vederea monitorizării evoluției este respectată

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei monitorizării evoluției stării de nutriție a pacienților dializați, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.06.03.07. Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează eficiența dializei (HD/DP).**

Pentru validarea **indicatorilor numerici**, în vizită evaluatorul:

- ✓ întreabă care au fost datele care au stat la baza calculului acelor indicatori,
- ✓ cum sunt înregistrate acele date (se aleg 3 situații/exemple pentru a se convinge că datele se înregistrează în timp real)
- ✓ care este periodicitatea de colectare a datelor
- ✓ cum sunt calculați indicatorii solicitați
- ✓ există o modalitate stabilă și respectată de autocontrol a corectitudinii de înregistrare a datelor
- ✓ se consemnează la rubrica observații a indicatorului numeric toate constatările

**Atenție! Dacă datele nu sunt înregistrate în timp real sau modalitatea de calcul nu este corectă, nu se validează indicatorii numerici!**



### **02.06.03.08. Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi se preocupă de creșterea calității vieții pacienților.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a percepției pacienților dializați asupra calității vieții (SF-36)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ rapoartele de analiză a percepției pacienților dializați asupra calității vieții (SF-36) conțin concluzii și propuneri/măsuri

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ a fost analizată percepția pacienților dializați asupra calității vieții (SF-36)

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei percepției pacienților dializați asupra calității vieții (SF-36), care este periodicitatea de culegere a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora, ce măsuri au implementat



### **02.06.03.09. Unitatea de dializă are o politică de creștere a autonomiei pacienților.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ protocoale de colaborare cu centre de transplant renal

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ evidența pacienților cu indicație de transplant renal

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ unitatea de dializă poate asigura dializă peritoneală automată (DPA)
  - are resurse materiale (aparatură, consumabile)
  - are resurse umane necesare
- ✓ unitatea de dializă poate asigura dializă peritoneală continuă (DPCA)
  - are resurse materiale (aparatură, consumabile)
  - are resurse umane necesare

- ✓ unitatea de dializă poate asigura auto-hemodializă la domiciliu
  - are resurse materiale (autosanitare, aparatură mobilă, consumabile)
  - are resurse umane necesare
- ✓ protocoalele de colaborare cu centrele de transplant renal sunt funcționale

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă asigură și cu ce resurse sunt asigurate
  - dializă peritoneală automată (DPA)
  - dializă peritoneală continuă (DPCA)
  - auto-hemodializă la domiciliu
- ✓ cum procedează cu pacienții care îndeplinesc condițiile de transplant



**02.07. Radioterapia și/sau medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice.**



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

În 1993 The Joint Council for Clinical Oncology a stabilit care sunt referințele timpilor de așteptare pentru instituirea radioterapiei, prezentate sintetic în tabelul următor:

Nr. Crt.	Categorie de pacienți	Timp de așteptare Bune Practici	Timp de așteptare Întârziere maxim acceptată
1	Urgență	24 ore	48 ore
2	Cură radical	14 zile	28 zile
3	Paliație	2 zile	14 zile
4	Post-operator	-	28 zile

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



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

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ registrul de riscuri al bazei de tratament/secție dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ raport de analiză cu privire la modul de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară, dacă USP afirmă că au existat disfuncționalități ale aparaturii de radioterapie
- ✓ evidența patologiilor pentru care se pot oferi servicii de radioterapie/medicină nucleară
- ✓ lista aparatelor de radioterapie și tehnicile utilizate
- ✓ sistemul de planning utilizat

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența înregistrării riscului care justifică necesitatea elaborării reglementării (în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență relevanți
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modul de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ utilizarea sistemului de planning computerizat
- ✓ utilizarea de tehnici de radioterapie care permit tratamentul tumorilor mobile
- ✓ în timpul procedurilor se utilizează mijloace de imobilizare specifice patologiei pacientului
- ✓ la nivelul spitalului este posibilă radioterapia intraoperatorie.
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ în situația disfuncționalității incidentale există un sistem organizat și funcțional de back-up – aparat destinat preluării pacienților sau există parteneriat funcțional de preluare a pacienților (conform cu prevederile procedurii)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu pacienții în situația defecțiunii unui aparat, iar remedierea acestuia durează mai mult de o săptămână
- ✓ au existat disfuncționalități, cum au procedat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/ medicină nucleară, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.07.01.02. Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de iradiere transcorporeală
- ✓ 2- 3 protocoale terapeutice de radioterapie/medicină nucleară din secție, la care au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență
- ✓ registrul de riscuri
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor și reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru fiecare protocol/reglementare solicitată (dacă acestea se regăsesc pe lista pentru care USP afirmă că au fost analizate)

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența înregistrării riscului care justifică necesitatea elaborării protocolului/reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocoalele terapeutice/reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ protocoalele terapeutice/reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol/reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate
- ✓ formalizarea protocoalelor terapeutice/reglementărilor (vizate de Consiliul medical, aprobate)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ la care din protocoalele terapeutice/reglementările din secție au fost analizati indicatorii de eficacitate și eficiență

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO
- ✓ 2-3 recomandari pentru efectuarea procedurii de radioterapie
- ✓ 2-3 foi de tratament de radioterapie

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ setul minim de date care permite efectuarea procedurii de radioterapie
- ✓ în recomandarea pentru efectuarea procedurii de radioterapie sunt precizate tipul de procedură, coordonatele geometrice ale iradierii, dozele de iradiere pentru administrare și durata tratamentului
- ✓ în foaia de tratament de radioterapie sunt consemnate precizări cu privire la identificarea pacientului, coordonatele geometrice ale iradierii, doza de iradiere pe fracție, ziua și ora administrării
- ✓ abaterile radioterapiei de la recomandările inițiale sunt consemnate în documentele medicale
- ✓ în FO există informații despre investigațiile și tratamentele efectuate anterior de către pacient
- ✓ expunerea la radiații a pacientului este înregistrată în Dosarul Electronic de Sănătate, cu specificarea dozei pentru fiecare episod de expunere și a datei calendaristice a expunerii
- ✓ înregistrările dozelor și datelor calendaristice de expunere la radiații sunt înregistrate distinct în documentele înmânate pacientului
- ✓ protocoalele terapeutice/reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ protocoalele terapeutice/reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoalele terapeutice
- ✓ este analiză periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocoale terapeutice/reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor terapeutice/reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestora
- ✓ protocoalele terapeutice/reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ există o evidență patologiilor tratate prin aplicarea fiecărui protocol terapeutic
- ✓ ce condiții trebuie să îndeplinească un pacient pentru a se putea începe o procedură de radioterapie
- ✓ dacă au existat probleme cu privire la modul de completare a datelor înscrise în formularul de solicitare a efectuării procedurii de radioterapie/medicină nucleară, există o modalitate de monitorizare și cum procedează
- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat fiecare protocol pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei pentru fiecare protocolul/reglementare solicitată, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ Au existat situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie, cum au procedat, dacă au fost analizate situațiile respective
- ✓ Utilizează iradiere transcorporeală, dacă DA, cum procedează, cum se asigură necontaminarea pacientului în timpul iradierii și a transportului acestuia după iradiere



## 02.07.02. Practica de radioterapie/medicină nucleară este monitorizată și evaluată periodic.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.07.02.01. Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.

**Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat, dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de recalculare a dozelor de administrat pacientului în cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie, dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al bazei de tratament/secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 1-2 rapoarte de analiză ale concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența înregistrării riscului care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)
- ✓ rapoartele de analiză ale concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului conțin concluzii și propuneri/măsuri

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat
- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la modul de recalculare a dozelor de administrat pacientului în cazul nefuncționării incidentale a aparaturii
- ✓ există analize ale concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului

## Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ administrarea efectivă a tratamentului prescris, date care se regăsesc în fișele de tratament în care trebuie consemnate la fiecare administrare doza, data și ora administrării, informațiile sunt comparate cu planul inițial de tratament, iar abaterile de la acesta sunt justificate; în situația disfuncționalităților incidentale este respectată modalitatea spitalului de rezolvare a acestora
- ✓ adaptarea tratamentului la evoluția pacientului - existența evaluărilor de etapă, conform protocoalelor și, după caz, a aparaturii care să permită evaluarea intracelulară a răspunsului la tratament;
- ✓ adaptarea radioterapiei în situația nefuncționării incidentale a aparaturii utilizate – evitarea întreruperilor mai mari de 48 de ore (pentru acestea sunt acceptate recalcularea dozelor administrate), existența aparaturii de back-up/colaborare funcțională cu alte centre cu bază de radioterapie care pot prelua pacienții etc.
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au existat situații de nefuncționare incidentală a aparaturii
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei monitorizării dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de recalculare a dozelor de administrat pacientului în cazul nefuncționării incidentale a aparaturii, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ la nivelul spitalului există posibilitatea evaluării răspunsului intracelular la tratamentul oncologic, dacă răspunsul este DA trebuie să existe aparatura necesară (tip RMN, dar nu cel convențional)



**02.07.02.02. Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale protocoalelor de diagnostic și tratament din secție la care au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență
- ✓ registrul de riscuri al bazei de tratament/ secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare a protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența înregistrării riscului care justifică necesitatea elaborării protoalelor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocoalele conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ protocoalele conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocoalele au stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizati indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocoalelor

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ protocoalele solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabilite în protocoale
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ protocoalele sunt accesibile personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei protocolului solicitat, care este periodicitatea de analiză, ce măsuri au fost implementate
- ✓ cum se realizează analiza îndeplinirii indicatorilor în dinamică, precum și rezultatele obținute comparativ cu alte servicii de profil

**02.08. Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.**



**02.08.01. Managementul pacienților cu boli cronice progresive și nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat și nediscriminatoriu.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.08.01.01. Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ registrul de riscuri al sectorului evaluat
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de utilizare a scorurilor de evaluare a durerii pentru pacienții cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocolul cu privire la evaluarea nevoilor de îngrijiri paliative
- ✓ indicatorii de eficacitate și eficiență pentru protocolul/reglementarea solicitată

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul și reglementarea conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul/reglementarea au stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă la protocol/reglementare au fost analizate indicatorii de eficacitate și eficiență

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu îngrijire paliativă

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul/reglementarea au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ protocolul este adaptat resurselor USP
- ✓ există evidența patologiilor tratate pentru care se aplică protocolul

- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol/reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului/reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestora
- ✓ protocolul/reglementarea sunt accesibile, pe fiecare secție personalului medical utilizator
- ✓ sunt consemnate în FO datele conform protocolului/reglementării
- ✓ există consemnate în FO a justificărilor eventualelor abateri de la respectarea protocolului/reglementării

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat reglementarea pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului /reglementării



**02.08.01.02. Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ criteriile de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative utilizate de spital,
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea comisiei multidisciplinare de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la activitatea comisiei multidisciplinare de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a implementării reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ în documentele medicale ale pacienților internați există decizia comisiei multidisciplinare de eligibilitate, care conține criteriile îndeplinite de pacient pentru internare

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează la internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei activității comisiei multidisciplinare de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.08.01.03. Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ tabel cuprinzând lista medicilor și asistentelor care lucrează în fiecare secție/compartiment de îngrijire pacienți cu boli cronice progresive, competențele/supraspecializările/atestatele/a cursurilor urmate în îngrijiri paliative și durata de desfășurare a acestora

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovada efectuării competențelor/ supraspecializărilor/ atestatelor/ cursurilor urmate în îngrijiri paliative (diplome și supliment descriptiv al cursurilor, după caz)



**02.08.01.04. Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de monitorizarea a durerii în bolile cronice progresive dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modalitatea de monitorizarea a durerii în bolile cronice progresive

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 FO a pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, tratați cu morfină orală, cutanată (plasture) și injectabilă

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ modificările tratamentului cu morfină orală, cutanată (plasture) și injectabilă a pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este documentată în FO

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este modalitatea de monitorizare a durerii în bolile cronice progresive
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de monitorizare a durerii în bolile cronice progresive, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.08.01.05. Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.**

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la transferul pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată, dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ parteneriate (contracte, protocoale de colaborare etc.) cu furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență, după caz
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la transferul pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate/eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ în cazul în care au existat cazuri de transfer, documentele de transfer concordă cu prevederile parteneriatelor

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum procedează cu transferul pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată
- ✓ au existat cazuri de transfer al pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de transfer al pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.08.02. Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienților cu grad de dependență crescut.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



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

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ saloane cu 1-2 paturi, fiind acceptate până la maximum 4 paturi în situația în care sunt accesibile paravane/perdele separatoare
- ✓ în saloane există fotoliu/ pat pentru aparținător
- ✓ paturi flexibile, care permit ridicarea/ coborârea segmentară a corpului
- ✓ există materiale necesare igienizării la pat (șervete umede antiseptice, cască cu șampon uscat etc.)
- ✓ băi adaptate, spațioase care permit intrarea cu căruciorul și două persoane însoțitoare pentru manevrarea pacienților greu mobilizabili, fără praguri, cu scaun pentru duș, fără cadă sau cădiță de duș, duș mobil, suport de susținere pentru pacient etc.

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum efectuează igienizarea/îmbăierea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, imobilizați la pat



#### **02.08.02.02. Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.**

### Vizită:

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ paturi mobile,
- ✓ saltele antiescară (minim 1 la 3 paturi),
- ✓ elevatoare,
- ✓ sisteme de transport
- ✓ cadre de ambulație,
- ✓ măsuțe pentru mâncare care pot asigura alimentația pacientului la pat,
- ✓ wc mobil,
- ✓ fotolii rulante
- ✓ saltele antiescară
- ✓ aspirator de secreții,
- ✓ glucometru,
- ✓ tensiometru,
- ✓ stetoscop/monitor cardiac,
- ✓ termometru,
- ✓ instalație de oxigen/aparat concentrator de oxigen funcțional în condiții de asepsie,
- ✓ pulsoximetru,
- ✓ seringi automate/injectomate
- ✓ spații pentru desfășurarea serviciilor de suport (psihoterapie, ergoterapie, kinetoterapie, masaj limfatic, servicii religioase etc).



#### **02.08.03. Serviciile de îngrijiri paliative asigură îmbunătățirea calității vieții pentru pacient și familie/aparținători.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.08.03.01. La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.**

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la evaluarea impactului durerii pe calitatea vieții pacientului dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență ai reglementării cu privire la evaluarea impactului durerii pe calitatea vieții pacientului

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu îngrijiri paliative

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ FO pentru paliative conține elemente integrate de evaluare psihosocială a pacientului, familiei, aparținătorilor
- ✓ planul de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cuprinde nevoile din domeniile fizic, psiho-emoțional, social și spiritual consemnate în FO

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este evaluat impactul durerii pe calitatea vieții pacientului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de evaluare a impactului durerii pe calitatea vieții pacientului, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.08.03.02. Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și documentate.**

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu îngrijiri paliative

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ este consemnat în FO de către medicul curant aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia
- ✓ este consemnat în FO de către medicul curant aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al familiei/aparținătorilor în legătură cu diagnosticul și prognosticul pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă sunt evaluate și cum sunt evaluate gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul
- ✓ dacă sunt evaluate și cum sunt evaluate gradul de înțelegere al familiei/apartinătorilor în legătură cu diagnosticul și prognosticul pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative



**02.08.03.03. Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate și se documentează.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- scorul de evaluare clinică a stării terminale – FORMALIZAT (validat de către Consiliul medical)

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO a pacienților terminali

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ scor de evaluare clinică a stării terminale aplicat pacienților terminali, prezent în FO solicitate

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ este utilizat un scor de evaluare clinică a stării terminale



**02.08.03.04. Planul de management al pacientului cu nevoie de îngrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, și actualizat în funcție de evoluția patologiei sau nevoilor în schimbare ale pacientului/familiei/apartinătorilor.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea echipei pluridisciplinare dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la activitatea echipei pluridisciplinare

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia

- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ Existența în FO a dovezilor implicării tuturor membrilor echipei pluridisciplinare

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de stabilire a conduitei terapeutice la pacientul aflat în îngrijire paliativă
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune a echipei pluridisciplinare, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.08.03.05. Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO a pacienților în îngrijire paliativă

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în FO sunt consemnate opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacient cu privire la comunicarea evoluției bolii sale către acesta și/sau familie/aparținători
- ✓ în FO sunt consemnate întâlnirile de consiliere cu pacientul/aparținătorii

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ pacienții pentru care s-au solicitat FO și-au exprimat opțiuni legate de evoluția bolii



**02.08.03.06. La externare, continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opțiunile pacientului.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO a pacienților externați care au fost în îngrijire paliativă

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ opțiunile pacientului privind continuitatea îngrijirilor sunt consemnate în documentele medicale la externare, eventual există chestionare preformate atașate la FO
- ✓ comunicarea cu medicii de familie/alți specialiști implicați în îngrijirea pacientului în ambulatoriu/cu echipe de îngrijire paliativă la domiciliu/centre de zi/alte unități de îngrijire paliativă este unitară la nivelul organizației, instituționalizată, după caz.

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de comunicare cu medicii de familie/ alți specialiști implicați în îngrijirea pacientului în ambulatoriu/ cu echipe de îngrijire paliativă la domiciliu/ centre de zi/ alte unități de îngrijire paliativă.



#### **02.08.04. Asistența medicală paliativă este acordată de o echipă pluridisciplinară.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.08.04.01. Structura minimă a echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative este compusă din: medic cu competență în paleație, farmacist clinician, asistenți medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Stat de funcții
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a nevoilor de îngrijire specifice a pacienților tratați în unitate

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există minim un medic pentru fiecare 12 paturi
- ✓ există minim un asistent medical la 8 paturi pe tură
- ✓ există minim o infirmieră la 8 paturi pe tură

##### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ personalul de îngrijire (numărul de asistente și infirmiere) este adaptat nevoilor de îngrijire ale pacienților, în conformitate cu concluziile analizei nevoilor de îngrijire specifice pacienților tratați în unitate

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ este utilizat planul de îngrijiri
- ✓ care este nevoia medie de îngrijiri pe secție
- ✓ personalul existent acoperă nevoia medie de îngrijiri pe secție,
- ✓ cum procedează când nevoia de îngrijiri depășește capacitatea personalului existent
- ✓ cum se stabilește nevoia de personal de îngrijire (asistente și infirmiere)



**02.08.04.02. Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcție de necesitățile pacienților și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.**

##### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ tabel cu personalul din activitățile conexe care fac parte din echipele pluridisciplinare, pregătirea acestuia în îngrijiri paliative și durata cursurilor absolvite
- ✓ 2-3 FO a pacienților care au fost în îngrijire paliativă care au necesitat servicii conexe

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ personalul din activitățile conexe care fac parte din echipele pluridisciplinare este calificat și a absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile
- ✓ există recomandarea medicului curant pentru servicii conexe

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ medicul curant împreună cu dieteticianul, stabilește și documentează în FO, dieta pentru fiecare pacient, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se stabilește dieta necesară pacientului în îngrijirea paliativă



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ tabel cu personalul echipelor pluridisciplinare de îngrijiri paliative (medici, asistente medicale, asistente șefe, infirmiere, psiholog, asistent social, îndrumător spiritual etc.), cursuri de pregătire inițială în îngrijire paliativă, durată, cursuri de perfecționare în îngrijire paliativă urmate în ultimii trei ani calendaristici încheiați, cu durata lor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea condițiilor minime de formare și perfecționare a personalul echipelor pluridisciplinare de îngrijiri paliative menționate în indicatori

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovada efectuării cursurilor și curricula de pregătire a personalului echipelor pluridisciplinare de îngrijiri paliative existente în dosarele de personal de la serviciul RUNOS



**02.08.04.04. Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la menținerea sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la repartizarea individuală și pe echipă a cazurilor din serviciile de îngrijire paliativă
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență

- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la menținerea sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează în vederea menținerii sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei menținerii sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.08.05. Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul pacientului, asigurând suport familiei.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.08.05.01. Starea terminală este identificată și comunicată familiei/apartinătorilor.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de comunicare cu privire la starea terminală a pacientului dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la la modalitatea de comunicare cu privire la starea terminală a pacientului

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților decedați

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ este analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ starea terminală este înregistrată în FO
- ✓ modalitatea de comunicare cu privire la starea terminală a pacientului, respectă opțiunilor specifice făcute de către acesta consemnate în FO

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează la instalarea stării terminale a pacientului aflat în îngrijire paliativă
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de comunicare cu privire la starea terminală a pacientului, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.08.05.02. Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a modului de acțiune cu privire la starea terminală dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ registrul de doliu al spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)
- ✓ există aparținători care au primit serviciul de doliu, iar aceștia sunt înscrși în registrul de doliu al spitalului

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la starea terminală

## Vizită:

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ spitalul are identificate categoriile de aparținători cu risc de doliu patologic
- ✓ la nivelul spitalului există serviciu de doliu

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum procedează în situația pacientului aflat în stare terminală
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune în cazul situațiilor de stare terminală, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt categoriile de aparținători cu risc de doliu patologic
- ✓ care este suportul oferit de spital în cadrul serviciului de doliu

## 02.09. Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului.



### 02.09.01. La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor și monitorizare a prescrierilor.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.09.01.01. Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.

## Previzită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la prescrierea medicamentelor dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al farmaciei dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate

- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ Lista medicației cu risc de administrare identificată în spital
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a respingerii solicitărilor de eliberare a medicației din cauza nerespectării reglementărilor de prescriere a medicației cu risc, dacă spitalul răspunde afirmativ la întrebarea dacă există analize ale acestora (rapoartele cuprind concluziile și recomandările făcute)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementările au stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)
- ✓ prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților
- ✓ atribuțiile farmacistului/farmacologului clinician privind validarea prescripțiilor medicale (în ROF)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate
- ✓ au existat cazuri de respingere a prescrierii medicamentelor cu risc
- ✓ există analize ale respingerii solicitărilor de eliberare a medicației din cauza nerespectării reglementărilor de prescriere a medicației cu risc

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ condica pentru prescripția medicamentelor

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia (intranet și fișa de post, proces-verbal)
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementărilor există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical și farmaceutic utilizator
- ✓ codificarea medicației eliberate din farmacie permite identificarea pacientului
- ✓ înregistrarea medicației în condica pentru prescripția medicamentelor este asumată prin semnare, parafare, este datată și permite identificarea secției

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt condițiile prescrierii medicației cu risc
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei indicatorilor reglementărilor solicitate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat

- ✓ care sunt măsurile pe care le aplică pentru eliminarea erorilor de prescriere-transcriere de la nivelul secțiilor / dacă printre măsuri este menționată verificarea condicilor de medicamente, se solicită planificarea verificărilor și se verifică respectarea planificării
- ✓ este utilizat un sistem de codificare unitar al medicației, în ce constă și cum se aplică
- ✓ au existat situații de prescriere a medicamentelor incompatibile, , dacă acestea au fost analizate, care au fost concluziile analizei și respectiv măsurile propuse/ implementate
- ✓ care este modalitatea de eliberare a medicamentelor cu costuri mari



**02.09.01.02. Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ Stat de funcții
- ✓ 2-3 protocoale terapeutice dacă răspunsul la întrebarea „există protocoale terapeutice la elaborarea cărora a participat farmacist clinician/farmacolog” este afirmativ
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor (conțin concluzii și recomandări/măsuri)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)
- ✓ este prevăzut post de farmacist clinician/farmacolog(sau fracțiune de normă pentru spitalele mici) și postul este ocupat

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modalitatea de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor
- ✓ există protocoale terapeutice la elaborarea cărora a participat farmacist clinician/farmacolog

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ dovada colaborării farmacist clinician/farmacolog cu spitalul (contract de muncă/ prestări servicii/ voluntariat etc. însoțite de Fișa postului în care sunt prevăzute atribuțiile)

- ✓ atribuțiile farmacist clinician/farmacolog prevăd supervizarea activității de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale
- ✓ lista avizată de Consiliul medical a preparatelor parenterale a căror dizolvare este supervizată de farmacist clinician/farmacolog

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical și farmaceutic utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum pot dovedi că sunt respectate bunele practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.09.01.03. Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Decizie de numire a Comisiei medicamentului
- ✓ Tabel sintetic cu bugetele de venituri și cheltuieli aprobate din ultimul exercițiu bugetar încheiat
- ✓ Planurile de achiziții aprobate din ultimul exercițiu bugetar încheiat
- ✓ Toate PV de ședințe ale Comisiei medicamentului din ultimul exercițiu bugetar încheiat
- ✓ Stat de funcții
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare în situații de urgență dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la eliberarea medicamentelor în regim de urgență dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al farmaciei dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ componența Comisiei medicamentului (toți șefii de secții clinice și laborator clinic, farmacist șef, persoană nominalizată de la achiziții, persoană nominalizată de la contabilitate, președinte-directorul medical)

- ✓ fiecare modificare a bugetului realizat din servicii, a determinat întrunirea Comisiei medicamentului, a căror propuneri de achiziții a cantităților și tipurilor de medicamente se regăsesc în planul de achiziții aprobat și au fost efectiv achiziționate
- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ înregistrarea medicamentelor prescrise și eliberate din farmacie în sistemul informatic integrat al spitalului se realizează în timp real
- ✓ sistemul informatic integrat permite vizualizarea de către prescriptori și medicii de laborator a stocurilor de medicamente din farmacie în timp real (inclusiv cel de antibiotice)
- ✓ în situația în care spitalul nu are sistem informatic integrat, farmacia informează laboratorul clinic și medicii prescriptori cu privire la dinamica stocurilor de antibiotice de câte ori este atins stocul tampon stabilit de spital pentru fiecare produs
- ✓ dimensionarea stocurilor tampon ale medicamentelor și materialelor sanitare ține cont de consumul mediu al produsului, termenele de livrare și dinamica estimată de consum al acestuia
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la farmacovigilența și farmacoepidemiologia în spital care cuprind concluzii și recomandări/măsuri
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză al consumului de medicamente pentru fiecare medic în parte
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementărilor există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au existat discontinuități în aprovizionarea cu medicamente
- ✓ au existat situații în care nu s-au putut aplica protocoalele de tratament datorită discontinuității în aprovizionarea cu medicamente
- ✓ cum se procedează pentru achiziția medicamentelor uzuale în spital,
- ✓ există sistem informatic integrat în spital (există vizualizarea stocului în timp real cu alertă la atingerea stocului tampon de declanșare a comenzii calculată în funcție

- de consumul mediu și timpul de livrare prevăzut în contractul cu furnizorul de medicamente)
- ✓ care este modalitatea de înregistrare a medicamentelor prescrise și eliberate din farmacie în sistemul informatic integrat al spitalului
  - ✓ care este modul utilizat de informare al laboratorului clinic și al secțiilor cu privire la modificările disponibilității antibioticelor
  - ✓ există stocuri tampon stabilite pentru fiecare produs farmaceutic (inclusiv antibiotice) și materiale sanitare
  - ✓ cum au fost dimensionate stocurile tampon ale medicamentelor și materialelor sanitare
  - ✓ au fost analize cu privire la farmacovigilența și farmacoepidemiologia în spital, care este ritmicitatea acestora, care sunt datele înregistrate pentru evaluarea acestora, care sunt indicatorii utilizați
  - ✓ au fost analizate consumurile de medicamente pentru fiecare medic în parte, care este ritmicitatea acestora, care sunt datele înregistrate pentru evaluarea acestora, care sunt indicatorii care măsoară aceste consumuri
  - ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



## **02.09.02. Infrastructura și organizarea activității farmaceutice susțin trasabilitatea medicamentelor uzuale.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.09.02.02. Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Autorizația de funcționare a farmaciei
- ✓ Autorizațiile de liberă practică ale personalului din farmacie
- ✓ Bugetele de venituri și cheltuieli aprobate din ultimul exercițiu financiar încheiat
- ✓ planurile de achiziții aprobate din ultimul exercițiu financiar încheiat
- ✓ Decizii de numire a personalului nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră
- ✓ Fise de post ale personalului nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la depozitarea, predarea spre distrugere și casarea medicamentelor expirate dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente dacă USP afirmă că au fost analizate

- ✓ registrul de riscuri al farmaciei dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Autorizația de funcționare a farmaciei este în termen de valabilitate, emisă pe numele farmacistului șef aflat în funcție
- ✓ Fila bugetară aprobată este concordantă cu valoarea medicamentelor din planul de achiziții aprobat și denumirile medicamentelor din planul de achiziții sunt în conformitate cu Nomenclatorul de medicamente
- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ contractele din ultimii doi ani cu firme autorizate pentru distrugerea medicamentelor expirate

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Autorizațiile de liberă practică ale personalului din farmacie sunt avizate în termen de valabilitate
- ✓ Fișele de post ale personalului nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră cuprind aceste atribuții
- ✓ dacă soluțiile sterile sunt preparate în farmacie, dacă există spațiu special amenajat (separat, izolat, aseptice – zona de sterile)
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de acestea
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementărilor există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate
- ✓ unde se prepară soluțiile sterile în spital
- ✓ cum sunt monitorizate termenele de valabilitate a medicamentelor utilizate în acordarea serviciilor medicale de urgență

- ✓ cum procedează cu depozitarea, predarea spre distrugere și casarea medicamentelor expirate
- ✓ cum procedează cu identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor solicitate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



#### **02.09.02.04. Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.**

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ fișe de post a persoanelor responsabile cu monitorizarea trasabilității medicamentului
- ✓ registrul preparatelor magistrale și al produselor elaborate

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ seria și lotul substanțelor utilizate la prepararea magistralelor sunt înregistrate în registrul preparatelor magistrale și al produselor elaborate
- ✓ eticheta de identificare a preparatului magistral sau a celui elaborat conține numărul de înregistrare din registrele corespunzătoare, date de identificare ale persoanei care a preparat și a celei care a ambalat medicamentul magistral sau oficial, data de preparare, termenul de valabilitate și condițiile de păstrare (dacă este cazul)
- ✓ înregistrările monitorizării temperaturii și umidității pentru fiecare încăpere a farmaciei și înregistrările de temperatură pentru instalațiile frigorifice sunt completate la zi



#### **02.09.02.05. Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții optime de farmacia spitalului/farmacistul șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacologul/farmacistul clinician.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al farmaciei dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării, aprobată de conducerea spitalului

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice se efectuează de către farmacistul-șef / farmacolog / farmacistul clinician
- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență

- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt persoanele cu responsabilități în monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice
- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ fișa de post a persoanelor responsabile cu monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice (farmacistului-șef / farmacologului / farmacistului clinician, după caz)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ medicația din studiile clinice este păstrată în farmacia spitalului, conform specificațiilor individuale și gestionată de către farmacistul-șef
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ unde este păstrată medicația din studiile clinice
- ✓ cum procedează cu monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementării privind monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



## 02.10. Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.



### 02.10.01. Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare antibioticoterapiei.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 02.10.01.01. Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.

##### Previzită:

###### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Stat de funcții
- ✓ Plan de achiziții aprobat din anul în curs, cu evidențierea pozițiilor de antibiotice
- ✓ 2-3 rapoarte de analize ale antibioticorezistenței în spital din ultimii 2-3 ani
- ✓ planificarea activităților pentru supravegherea, prevenirea și limitarea IAAM pe ultimii 2-3 ani

###### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ spitalul are prevăzute posturi pentru medic epidemiolog și/sau boli infecțioase, care sunt ocupate cu normă întreagă sau cu fracțiune de normă (pentru unitățile sanitare ambulatorii de specialitate cu paturi, de spitalizare de zi, centrele multifuncționale, unitățile sanitare de asistență medico-socială, sanatorii)
- ✓ Comitetul de prevenire a IAAM are prevăzute atribuții în ROF cu privire la supravegherea consumului de antibiotice în spital
- ✓ structurile medicale funcționale din spital au prevăzute atribuții în ROF de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor

##### Vizită:

###### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ lista antibioticelor disponibile în timpul vizitei
- ✓ listele cu antibiotice de rezervă din ultimii 2-3 ani
- ✓ listele cu antibiotice oprite temporar de la utilizare din ultimii 2-3 ani
- ✓ listele cu antibiotice utilizate pentru antibioprofilaxie din ultimii 2-3 ani

###### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ lista antibioticelor disponibile în spital concordă cu antibioticele cuprinse în Planul de achiziții aprobat din anul în curs
- ✓ listele cu antibiotice de rezervă / antibiotice oprite temporar de la utilizare / antibiotice utilizate pentru antibioprofilaxie din ultimii 2-3 ani rezultă din rapoartele de analize ale antibioticorezistenței în spital din ultimii 2-3 ani

###### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum au fost stabilite listele cu antibiotice de rezervă/ antibiotice oprite temporar de la utilizare / antibiotice utilizate pentru antibioprofilaxie



## **02.10.01.02. Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a bunelor practici privind utilizarea antibioticelor, dacă interlocutorul afirmă că există aceste evaluări

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe, în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog)
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este modalitatea de stabilire a antibioterapiei în infecțiile severe
- ✓ care este modalitatea de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian
- ✓ există evaluări a bunelor practici privind utilizarea antibioticelor, dacă DA, cum se realizează, care sunt indicatorii stabiliți, care sunt datele stabilite pentru a fi culese pentru calculul indicatorilor care măsoară respectarea bunelor practici, care este periodicitatea de colectare a datelor, cum se realizează eșantionarea
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea stabilirii indicatorilor pentru reglementările solicitate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



### **02.10.02. Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.10.02.01. Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogramei, după caz.**

#### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor, care cuprind concluzii și propuneri/măsuri (dacă acestea se regăsesc pe lista pentru care USP afirmă că au fost analizate)

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul cuprinde datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate
- ✓ formalizarea protocolului (vizat de Consiliul medical, aprobat)
- ✓ protocolul cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor, ține cont de specificul antibioticorezistenței din spital, cu particularizări pentru specialitățile din structură
- ✓ elaborarea protocolului cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor a fost realizată împreună cu medicul infecționist

- ✓ există prevederi în protocol cu privire la bunele practici în antibioterapie pentru situațiile în care instituirea acesteia este necesară înaintea primirii rezultatelor antibiogramelor

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ pentru care din protocoalele de diagnostic și tratament din secție au fost analizati indicatorii de eficacitate și eficiență

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților la care s-a administrat tratament cu antibiotice/antibacteriene

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care-l aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există evidența patologieilor tratate pentru care este elaborat protocolul cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestuia
- ✓ protocolul este accesibil, personalului medical utilizator
- ✓ tratamentul antibacterian este susținut de rezultatele examenelor microbiologice (cuprinse în protocol și aplicate de prescriptori)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care este modalitatea de prescriere a tratamentului antibacterian



**02.10.02.02. Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților care au beneficiat de tratament cu antibiotice

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ durata estimată a antibioterapiei este înscrisă în FO
- ✓ evaluarea reacției pacientului la 24 și 72 de ore la antibioterapie este înscrisă în FO
- ✓ prelungirea tratamentului cu antibiotice peste 7 zile este justificată în FO și avizată de șeful de secție



### **02.10.02.03. Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților care au beneficiat de tratament cu antibiotice

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ data prescrierii și numele medicului prescriptor sunt înregistrate în FO
- ✓ prescrierea asocierii de antibiotice sau schimbarea tratamentului este justificată și semnată de medicul prescriptor în FO



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.10.03.01. Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de recuperare a antibioticelor neutilizate pe secții dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al farmaciei dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ planificarea aprovizionării cu antibiotice
- ✓ documentul prin care sunt stabilite regulile de prescriere a antibioticelor de rezervă (avizat de Consiliul medical, aprobat), pot fi cuprinse în protocolul cu privire la bunele practici în utilizarea antibioticelor

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modul de recuperare a antibioticelor neutilizate pe secții

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ documentele farmaciei în care este consemnată ora eliberării antibioticelor din farmacie (registru etc.)
- ✓ 2-3 FO ale pacienților care au beneficiat de antibioterapie

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de acestea
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului utilizator
- ✓ ora eliberării antibioticelor din farmacie este consemnată în documentele farmaciei și FO solicitate
- ✓ ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în FO(planul de îngrijiri)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum sunt recuperate a antibioticelor neutilizate de pe secții
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de recuperare a antibioticelor neutilizate pe secții, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.10.03.02. Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității unităților de antibiotice prescrise, eliberate, administrate sau returnate dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al farmaciei dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității unităților de antibiotice prescrise, eliberate, administrate sau returnate

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului utilizator
- ✓ pentru monitorizarea globală, farmacia exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital sub forma DDD.

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ farmacia utilizează monitorizarea globală, dacă DA, care este modalitatea de exprimare a consumului de antibiotice pe secții și pe spital
- ✓ cum sunt verificate respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității unităților de antibiotice prescrise, eliberate, administrate sau returnate
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei respectării înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității unităților de antibiotice prescrise, eliberate, administrate sau returnate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.10.03.03. Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.**

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Lista cu antibioticele cu regim special (care necesită aprobare a conducerii USP, avizată de Consiliul medical, aprobată)
- ✓ PV ale ședințelor de Consiliul medical în care au fost informați cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție, precum și consumul de antibiotice per medic

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există dovezi ale informărilor lunare de către farmacie, a prescriptorilor cu privire la antibioticele disponibile (intranet, e-mail, adresă etc)
- ✓ există dovada informării prescriptorilor cu privire la antibioticele cu regim special (intranet pentru difuzare și prevedere în fișele de post cu privire la modalitatea de transmitere electronică a informațiilor și obligativitatea angajatului de consultare a acestuia/ PV etc)

- ✓ există dovada informării lunare de către farmacie a Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție
- ✓ există dovada informării lunare de către farmacie a Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice per medic

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ farmacia informează prescriptorii cu privire la antibioticele disponibile, dacă răspunsul este DA, care este modalitatea uzitată de informare a prescriptorilor, cum poate dovedi că a realizat acele informări
- ✓ cum sunt informați prescriptorii cu privire la antibioticele cu regim special



**02.10.04. Activitatea laboratorului de microbiologie susține respectarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.10.04.01. Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la controlul antibioticorezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al laboratorului dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la controlul antibioticorezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ contractul de achiziție a controlului extern de calitate al investigațiilor pentru determinarea antibioticorezistenței

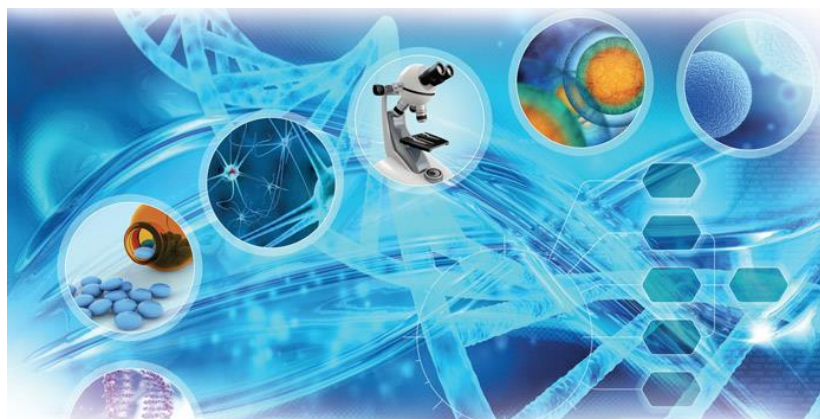
- ✓ documentul din laborator (caiet de controale de calitate etc.) în care sunt trecute controalele externe de calitate ale investigațiilor pentru determinarea antibioticorezistenței
- ✓ lista antibioticelor/antifungicelor existente în farmacie
- ✓ lista antibioticelor/antifungicelor utilizate în laborator

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ documentul din laborator (caiet de controale de calitate etc.) în care sunt trecute controalele externe de calitate al investigațiilor pentru determinarea antibioticorezistenței cuprinde data efectuării acestora (există cel puțin patru controale externe pe an), valorile obținute și dacă acestea au fost între limitele admise / dacă au fost situații de neîncadrare, au fost luate măsuri de încadrare a rezultatelor în limite admise, există dovada verificării ulterioare a acestora
- ✓ lista antibioticelor/antifungicelor existente în farmacie trebuie să fie în concordanță cu lista antibioticelor/antifungicelor utilizate în laborator
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de acestea
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost situații de identificare a tulpinilor de microorganisme rezistente (ESBL, MRSA etc.), dacă răspunsul este DA, cum au procedat cu privire la emiterea și transmiterea rezultatului
- ✓ cum procedează în situația apariției unui profil particular de antibioticorezistență
- ✓ care este modalitatea de identificare a germenilor în laborator (teste biochimice pentru încadrarea în subgrupe)
- ✓ cum pot dovedi monitorizarea tendinței de evoluție a bacteriilor multidrog rezistente (MDR)
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei controlului antibioticorezistenței și alertării în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat.





**02.10.04.02. Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a datele de monitorizare a antibioticorezistenței în spital (cuprind concluzii și recomandări/măsuri)

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ laboratorul informează SPLIAAM/CPLIAAM și sectorul din care au fost recoltate probele, managementul spitalului cu privire la rezultatele monitorizării epidemiologice
- ✓ laboratorul de microbiologie informează secțiile, farmacia și SPLIAAM/CPLIAAM cu privire la schimbările profilului antibioticorezistenței în spital

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de informare cu privire la rezultatele monitorizării epidemiologice
- ✓ cum procedează laboratorul în cazul schimbărilor profilului antibioticorezistenței în spital
- ✓ care sunt datele stabilite a fi culese pentru monitorizarea a antibioticorezistenței în spital, care este periodicitatea de culegere a datelor, ce indicatori sunt calculați pentru analiza evoluției antibioticorezistenței



**02.10.05. Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.10.05.01. Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la buna practică de utilizare a antibioticelor (dacă USP afirmă că a fost analizat)
- ✓ registrul de riscuri al laboratorului dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ Lista cu intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioprofilaxie (avizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocolului (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocolul conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocolul conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocolul are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocolul solicitat
- ✓ formalizarea (vizat de Consiliul medical, aprobat)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizati indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocolului

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO a pacienților care au beneficiat intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioprofilaxie

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul a fost difuzat, există dovada instruirii persoanelor care îl aplică și este cunoscut de acestea
- ✓ protocolul solicitat este adaptat resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocol
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocolului și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestuia
- ✓ protocolul este accesibil personalului medical utilizator
- ✓ este consemnată în FO antibioprofilaxia efectuată pacienților care au beneficiat intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioprofilaxie
- ✓ informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical (secțiune în intranet, informări îndosariate la care au acces permanent etc.)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei bune practice de utilizare a antibioticelor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ există acces la informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse, dacă răspunsul este DA, unde și cum pot accesa aceste informații
- ✓ care sunt intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioprofilaxie



**02.10.05.02. Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză (conțin concluzii și recomandări/măsuri) ale consumului de antibiotice (exprimat în DDD) per medic

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ rapoartele de analiză a consumului de antibiotice sunt exprimate în DDD, per medic
- ✓ există propuneri rezultate din rapoartele de analiză a consumului de antibiotice pentru reducerea consumului nejustificat de antibiotice

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite a fi culese pentru analiza consumului de antibiotice, cine furnizează acele date, care este periodicitatea de colectare a acestora, care sunt indicatorii care măsoară consumul de antibiotice
- ✓ care sunt înregistrările care permit stabilirea trasabilității și verificarea respectării prevederilor protocoalelor, prescrierii și consumului de antibiotice pentru fiecare medic

**02.11. Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu.**



**02.11.01. Managementul spitalului are organizată activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.11.01.01. Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decizia de constituire a Comitetului/comisie de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale
- ✓ decizia de numire a responsabilului politici de utilizare a antibioticelor
- ✓ Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale
- ✓ Planul de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ responsabilul politicii de utilizare a antibioticelor este medic specialist boli infecțioase sau medic clinician care a absolvit un curs de perfecționare profesională în domeniu
- ✓ Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale este aprobat
- ✓ Planul de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital, pe anul în curs este aprobat

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ "Harta punctelor și zonelor de risc"

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ "Harta punctelor și zonelor de risc" cuprinde identificarea zonelor și a practicilor medicale cu risc infecțios (riscuri structurale și funcționale)
- ✓ activitățile din Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea IAAM și Planul de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital sunt realizate la zi, conform planificării



**02.11.01.02. Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Decizie numire Comisie de biocide și materiale sanitare
- ✓ Planuri de achiziții aprobate pentru anul în curs
- ✓ Bugete de venituri și cheltuieli aprobate pentru anul în curs

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- pre-vizită
- ✓ Comisia de biocide și materiale sanitare este formată din totalitatea asistenților șefi din spital, medic epidemiolog și persoane nominalizate din contabilitate, achiziții și depozit/farmacie

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea achiziției biocidelor

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ fundamentarea necesarului de biocide respectă condițiile legale și recomandările de utilizare a furnizorilor de biocide
- ✓ cantitățile și valoarea necesarului de biocide stabilit de Comisia de biocide se regăsesc în Planurile de achiziții aprobate și în execuția bugetară, conform planificării achiziției biocidelor

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ există o structură a compartimentului de microbiologie din laboratorul clinic dedicată supravegherii IAAM



**02.11.01.03. Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ decizie înființare registrul de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de dezinfecție a saloanelor în care au fost internați pacienți infectați/colonizați cu bacterii multirezistente dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de dezinfecție a paturilor și cazarmamentului dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de verificare a stării de portaj pentru personal dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la anestezia și asistarea respirației pacientului infecto-contagios dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la planificarea intervențiilor chirurgicale dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al SPLIAAM/CSPLIAAM dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale Programului de îmbunătățire a igienei mâinilor dacă USP afirmă că a fost analizat

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ planificarea intervențiilor chirurgicale se face în funcție de riscul infecțios și gradul de urgență
- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)
- ✓ programul de îmbunătățire a igienei mâinilor prevede planul de acțiune, responsabilii, indicatorii, resursele necesare îndeplinirii acestuia, instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate
- ✓ există analize ale Programului de îmbunătățire a igienei mâinilor

## Vizită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Planificarea instruirii cu privire la abordarea pacienților care necesită asigurarea microclimatului de "zona curată"
- ✓ 2-3 PV ale ședințelor Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ registrul de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale
- ✓ este respectată Planificarea instruirii cu privire la abordarea pacienților care necesită asigurarea microclimatului de "zona curată",
- ✓ programul de îmbunătățire a igienei mâinilor prevede planul de acțiune, responsabilii, indicatorii, resursele necesare îndeplinirii acestuia, instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia
- ✓ Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale analizează lunar toate cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementărilor există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ există condiții pentru sterilizarea cazarmamentului

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ există evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice în spital
- ✓ care sunt indicatorii și resursele necesare îndeplinirii Programului de îmbunătățire a igienei mâinilor
- ✓ au fost instruiți cu privire la abordarea pacienților care necesită asigurarea microclimatului de "zona curată", dacă răspunsul este DA, când a fost ultima oară
- ✓ cum se realizează planificarea intervențiilor chirurgicale
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat





## 02.11.02. Supravegherea mediului de îngrijire reduce gradul de risc infecțios.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.11.02.01. Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.

Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la condițiile de desfășurare a activității în "zonele curate" dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la organizarea și funcționarea Blocului operator/sălii de nașteri dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la controlul bacteriologic al suprafețelor și a inventarului moale dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la accesul vizitatorilor/apartenenților în spital în situațiile cu risc epidemiologic dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri SPLIAAM/CPLIAAM dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea cu privire la organizarea și funcționarea Blocului operator/sălii de nașteri conține circuitele blocului operator/sălii de nașteri (personalului, instrumentarului și materilelor sanitare)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate

## **Vizită:**

### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ înregistrările efectuării testelor de autocontrol

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ documentul în care este înregistrat triajul epidemiologic al personalului sanitar în "zona curată"
- ✓ accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/ intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității respectă reglementarea
- ✓ există filtre HEPA funcționale
- ✓ temperatura ambientală în BO/ sălile de naștere respectă prevederile legale (18-20 grade Celsius)
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a rezultatelor probelor de sterilitate a apei din barbotoarele pentru administrarea oxigenului (cu concluzii și propuneri/măsuri)
- ✓ programul este afișat în lift și respectat, de igienizare/dezinfectare a lifturilor
- ✓ registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile este completat la zi
- ✓ este respectată periodicitatea testelor de autocontrol din reglementare
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementărilor există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ se realizează triajul epidemiologic al personalului sanitar în "zona curată", dacă răspunsul este DA, care este periodicitatea acestuia
- ✓ când au fost schimbate ultima oară filtrele HEPA
- ✓ sunt efectuate probe de sterilitate a apei din barbotoarele pentru administrarea oxigenului, dacă răspunsul este DA, rezultatele obținute sunt analizate, cu ce periodicitate
- ✓ cum procedează pentru controlul bacteriologic al suprafețelor și a inventarului moale
- ✓ care este periodicitatea testelor de sanitație
- ✓ cum se realizează accesul vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic
- ✓ cum se realizează accesul accesul vizitatorilor/aparținătorilor în secțiile de ATI și neonatologie
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



**02.11.02.02. SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista spațiilor identificate cu riscuri de colonizare/infectare
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a rezultatelor monitorizării încărcăturii microbiene aeriene (cu concluzii și recomandări)

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ controlul aeromicroflorei este efectuat prin metoda sedimentării Koch SAU printr-o metodă volumetrică cu ajutorul aparaturii dedicate

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este metoda utilizată pentru controlul aeromicroflorei
- ✓ care sunt datele colectate pentru monitorizarea încărcăturii microbiene aeriene, care este periodicitatea de colectare a acestora, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora



**02.11.02.03. Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, asupra calității aerului și activității de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale este gestionat.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ dacă răspunsul la întrebarea cu privire la lucrări de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații în spital este DA, se solicită Planificarea lucrărilor și a modului de desfășurare a activității spitalului pe durata lucrărilor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a monitorizării aeromicroflorei pentru perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații efectuate în spital (cu concluzii și recomandări)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ planificarea lucrărilor și a modului de desfășurare a activității spitalului, pe perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații efectuate în spital, este avizată de SSPLIAAM/CSPLIAAM

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost realizate lucrări de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații în spital în ultimii 3 ani



**02.11.02.04. Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile
- ✓ registrul operațiunilor de sterilizare termică
- ✓ registrul operațiunilor de sterilizare chimică

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de verificare a sterilizării de către serviciul de sterilizare și SSPLIAAM/CSPLIAAM dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la igienizarea/decontaminarea/dezinfecția spațiilor și echipamentelor de la nivelul departamentului de sterilizare dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al SPLIAAM/CPLIAAM secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscurilor identificate, care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ registrul operațiunilor de sterilizare termică este completat la zi
- ✓ registrul operațiunilor de sterilizare chimică este completat la zi
- ✓ fiecare recipient folosit la sterilizarea chimică are consemnată data constituirii substanței folosite la sterilizare și termenul de valabilitate al acesteia/data expirării
- ✓ există la nivelul serviciului de sterilizare separarea fizică a zonelor de proces (zona murdară, curată și zona sterilă) și sunt evidențiate prin semnalizare vizuală
- ✓ zonele funcționale în cadrul serviciului de sterilizare au un sistem de acces tip filtru pentru personal
- ✓ planificarea instruirilor periodice ale personalului care operează procese de spălare-dezinfecție și sterilizare chimică sau cu echipamente automate
- ✓ este utilizată o modalitate de codificare a truselor dedicate diferitelor specialități medicale
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementărilor există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modul de verificare a sterilizării de către serviciul de sterilizare și SSPLIAAM/CSPLIAAM
- ✓ cum procedează pentru igienizarea/decontaminarea/dezinfecția spațiilor și echipamentelor de la nivelul departamentului de sterilizare
- ✓ care este modalitatea de verificare a eficienței sterilizării materialului moale și dispozitivelor medicale reutilizabile
- ✓ care este modalitatea utilizată de validare a procesului de sterilizare
- ✓ care este modalitatea utilizată de testare a puterii de penetrabilitate a aburului, care este periodicitatea
- ✓ utilizează sterilizarea chimică, dacă DA se solicită un recipient folosit la sterilizarea chimică
- ✓ cum demonstrează trasabilitatea instrumentelor/truselor și a materialului moale procesat în cadrul serviciului de sterilizare
- ✓ cum sunt diferențiate trusele dedicate diferitelor specialități medicale
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



### **02.11.02.05. SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la colectarea și manevrarea lenjeriei murdare dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al SPLIAAM/CPLIAAM dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)
- ✓ 2-3 rapoarte de analize cu privire la sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în urma operațiunilor de dezinfecție/spălare, sterilizare a lenjeriei, dacă USP a afirmat că a efectuat aceste analize
- ✓ 2-3 rapoarte de analize cu privire la rezultatele autocontrolului microbiologic al lenjeriei, dacă USP a afirmat că a efectuat aceste analize

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la colectarea și manevrarea lenjeriei murdare
- ✓ există analize cu privire la sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în urma operațiunilor de dezinfecție/spălare, sterilizare a lenjeriei
- ✓ există analize cu privire la rezultatele autocontrolului microbiologic al lenjeriei

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ planificarea instruirilor periodice ale personalului nominalizat cu manevrarea lenjeriei
- ✓ Registrul de autocontrol microbiologic al lenjeriei

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ Registrul de autocontrol microbiologic al lenjeriei este completat la zi

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt condițiile de depozitare a lenjeriei curate
- ✓ cum procedează pentru colectarea și manevrarea lenjeriei murdare
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de colectare și manevrare a lenjeriei murdare, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei rezultatele autocontrolului microbiologic al lenjeriei, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite a fi culese pentru analiza cu privire la sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în urma operațiunilor de dezinfecție/spălare, sterilizare a lenjeriei, care este periodicitatea analizei, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora





### **02.11.03. Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranța alimentului are în vedere controlul riscului infecțios.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.11.03.01. Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberonerie).**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea autocontrolului microbiologic al suprafețelor din sectorul alimentar

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ autocontrolul microbiologic al suprafețelor din sectorul alimentar respectă planificarea, rezultatele se încadrează în limitele admise/dacă au fost rezultate în afara limitelor admise au fost implementate măsuri pentru rezolvarea problemelor constatate
- ✓ la nivelul sectorului alimentar se fac evaluări periodice ale personalului angajat cu privire la portajul de germeni patogeni

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se verifică portajul de germeni patogeni al personalului angajat la nivelul sectorului alimentar



#### **02.11.03.02. Respectarea regulilor de siguranță alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar privind procedurile de curățenie și dezinfecție

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ realizarea instruirilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar privind procedurile de curățenie și dezinfecție conform planificării

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost realizate analize periodice ale rezultatelor autocontrolului microbiologic în sectorul alimentar, dacă răspunsul este DA, se solicită 2-3 rapoarte de analiză
- ✓ care au fost datele stabilite a fi colectate în vederea analizei rezultatelor autocontrolului microbiologic în sectorul alimentar, care este periodicitatea de colectare a acestora, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea rezultatului autocontrolului



#### 02.11.04. Managementul clinic al structurilor medicale previne și limitează riscul infecțios.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



##### 02.11.04.01. Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la prevenirea infectării pacienților imunodeprimați dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la semnalarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/CSPLIAAM dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al SPLIAAM/CPLIAAM dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale cazurilor suspectate de IAAM

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ în registrul riscurilor sunt înscrise activitățile de asistență medicală cu risc infecțios
- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate

#### Vizită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu infecție de plagă operatorie, dacă au răspuns afirmativ la întrebarea cu privire la existența cazurilor
- ✓ lista centralizată a pacienților colonizați/ infectați cu microorganisme multidrog-rezistente de la SSPILAAM/CSPLIAAM

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ infecțiile de plagă operatorie sunt identificate și consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu privire la prevenirea infectării pacienților imunodeprimați
- ✓ cum procedează cu privire la semnalarea cazurilor posibile/probabile/ confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/ CSPLIAAM
- ✓ au avut cazuri cu infecție de plagă operatorie
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei cazurilor suspectate de IAAM, care este periodicitatea de culegere a datelor, care sunt indicatorii stabiliți, ce măsuri au implementat



**02.11.04.02. Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analize ale cazurilor diagnosticate cu infecții de plagă, dacă au existat infecții de plagă (cu concluzii și recomandări)

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocolul pentru anestezia și asistarea respirației pacientului cu tuberculoză pulmonară și/sau colonizat cu microorganisme multidrorezistente prevede comunicarea cazului la SSPLIAAM/ CSPLIAAM

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au existat cazurile diagnosticate cu infecții de plagă, dacă răspunsul este DA, dacă au analizat cazurile

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu risc epidemiologic

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în FO ale pacienților cu risc epidemiologic sunt consemnate
  - riscul epidemiologic
  - statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrorezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară
  - recomandările medicului epidemiolog privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrorezistente
  - există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente și/sau tratamentele cu antimicrobiene

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei cazurilor diagnosticate cu infecții de plagă, care este periodicitatea de culegere a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru evaluare, ce măsuri au implementat



**02.11.04.03. Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare
- ✓ planificarea instruirilor periodice ale personalului medico-sanitar care utilizează biocide de nivel înalt

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ la nivelul BO există evidența datelor limită de valabilitate a sterilizării aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare
- ✓ este respectată planificarea instruirilor periodice ale personalului medico-sanitar care utilizează biocide de nivel înalt

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modul de verificare a menținerii sterilității aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare
- ✓ care sunt datele limită de valabilitate a sterilizării aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare



**02.11.04.04. SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analize periodice privind verificarea curățeniei mâinilor personalului medical, cu metode rapide de detectare a nivelului de curățenie (dacă utilizează astfel de metode)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ dacă utilizează metode rapide de detectare a nivelului de curățenie, dacă răspunsul este DA, se solicită rapoarte de analiză a acestora

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea verificării respectării regulilor de asepsie și antisepsie în spital
- ✓ planificarea verificării microbiologice a apei sterile pentru spălarea chirurgicală

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării verificării respectării regulilor de asepsie și antisepsie în spital
- ✓ respectarea planificării verificării microbiologice a apei sterile pentru spălarea chirurgicală
- ✓ instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor

- ✓ lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică)
- ✓ există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei cazurilor la care s-a verificat curățenia mâinilor personalului medical cu metode rapide de detectare a nivelului de curățenie, care este periodicitatea de culegere a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru evaluare, ce măsuri au implementat
- ✓ care este modul de verificare a respectării regulilor de aseptie și antisepsie în spital



**02.11.04.05. Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial pentru personal
- ✓ P.V. / Note de informare/ Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial pentru personal
- ✓ materiale pe intranet/ e-mailing cu privire la potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ personalul cunoaște metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial pentru personal
- ✓ personalul este informat continuu cu privire la potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ personalul este informat cu privire la potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică, dacă răspunsul este DA, care este modalitatea de informare



**02.11.04.06. Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la supravegherea expunerii accidentale la produse biologice (AES) dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri SPLIAAM/CPLIAAM dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (este înregistrat în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la supravegherea expunerii accidentale la produse biologice (AES)

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista cu echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate
- ✓ Registrul de evidență a accidentelor cu expunere la produse biologice (AES)
- ✓ fișă de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES).

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul
- ✓ personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ Registrul de evidență a accidentelor de expunere la produse biologice (AES) este completat la zi

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează în situația expunerii accidentale la produse biologice (AES)
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei supravegherii expunerii accidentale la produse biologice (AES), care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ există evidența purtătorilor sănătoși *Staphylococcus aureus*, pe secții și categorii profesionale



#### **02.11.04.07. Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la antibiopprofilaxia infecției cu streptococ beta-hemolitic la nou-născut dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie înregistrate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu risc infecțios prenatal
- ✓ 2-3 FO ale pacienților însărcinați cu infecție cervico-vaginală

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt stabilite, cunoscute și aplicate măsurile necesare în circumstanțele riscului infecțios prenatal
- ✓ este stabilită, cunoscută și aplicată conduita în cazul infecțiilor cervico-vaginale la femeia însărcinată
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ resursele tehnico-materiale necesare aplicării reglementării există la nivelul USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerile de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt circumstanțele riscului infecțios prenatal
- ✓ care este conduita în cazul infecțiilor cervico-vaginale la femeia însărcinată
- ✓ cum procedează cu privire la depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată
- ✓ cum procedează cu privire la antibioprolaxia infecției cu streptococ beta-hemolitic la nou-născut
- ✓ cum procedează cu privire la investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor solicitate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat

**02.12.Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului.**



#### 02.12.01.Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



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

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Decizie de numire a Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor (CGR)
- ✓ Lista evenimentelor adverse din ultimul an calendaristic
- ✓ Rapoartele de analiză a evenimentelor adverse din ultimul an calendaristic

#### Vizită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ propunerile departamentelor medicale din ultimul an calendaristic încheiat cu privire la riscurile clinice identificate
- ✓ lista categoriilor de pacienți cu risc identificate la nivelul spitalului
- ✓ 2-3 FO ale pacienților care se încadrează în categoriile de pacienți cu risc identificate la nivelul spitalului
- ✓ planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ propunerile departamentelor medicale cu privire la riscurile clinice identificate au inclus propunerile rezultate din analiza evenimentelor adverse petrecute în acel an
- ✓ există evaluare anuală a riscurilor clinice de către Comisia/Echipă de gestionare a riscurilor (CGR) și sunt propuse pentru înregistrare în Registrul riscurilor
- ✓ Comisia/Echipa de gestionare a riscurilor (CGR) este funcțională și conformă Deciziei
- ✓ pacienților cu risc crescut sunt identificați și evaluați, iar datele sunt consemnate în FO la consultul inițial
- ✓ este respectată planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum se procedează în vederea identificării riscurilor clinice
- ✓ când au fost instruiți ultima dată cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor



### **02.12.01.02. Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la managementul evenimentelor santinelă dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de identificare, analizare și prelucrare a evenimentelor santinelă pentru personalului medical dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementărilor solicitate

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementări

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu privire la managementul evenimentelor santinelă
- ✓ cum procedează cu privire la modul de identificare, analizare și prelucrare a evenimentelor santinelă pentru personalului medical
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat
- ✓ există analiză a cauzelor generatoare a evenimentelor santinelă, dacă răspunsul este DA, care au fost datele stabilite pentru a fi culese, care sunt concluziile și ce măsuri au implementat, au fost analizate rezultatele în urma implementării
- ✓ care au fost datele stabilite pentru analiza rezultatelor obținute prin aplicarea măsurilor de diminuare a riscului de repetare a evenimentelor santinelă, care este periodicitatea de culegere a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea diminuării riscului



**02.12.01.03. Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ setul de date stabilit de spital, ce permit analiza evenimentelor care afectează siguranța pacienților
- ✓ lista evenimentelor adverse din spital și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") defalcată pe ani, pentru ultimii 2-3 ani calendaristic încheiați și anul în curs
- ✓ 2-3 analize ale evenimentelor adverse și cele cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") din punct de vedere al cauzelor generatoare (RCA - root cause analysis)
- ✓ Ultimele 2-3 PV de ședință ale Consiliului medical/Comitetului director în care RMC a prezentat rapoartele analiza anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss")

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ evenimentele adverse și cele cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") au RCA - root cause analysis

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ ce măsuri au fost implementate în urma analizei anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss"), dacă au fost monitorizate



**02.12.01.04. Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la identificarea corectă a pacientului dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de monitorizare a sistemului de identificare a pacientului dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ planificarea instruirilor ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementărilor solicitate

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerile de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ este respectată planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu privire la identificarea pacientului
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de monitorizare a sistemului de identificare a pacientului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor solicitate, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ când au fost instruiți ultima dată cu privire la identificarea corectă a pacienților, dacă aceasta se realizează periodic



## **02.12.02. Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **02.12.02.01. Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.**

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților care au beneficiat de tratament cu medicație considerată cu risc

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ prescrierile din FO sunt scrise lizibil și cuprind numele produselor, doza, modul de administrare, frecvența de administrare, sunt parafate și semnate de medic
- ✓ administrarea medicamentelor este trecută în anexa la FO – Planul de îngrijiri, cu înregistrarea dozelor administrate, asocierea cu alte medicamente, diluția (după caz), substratul utilizat, ora de administrare, intervalul de timp dintre administrarea medicamentelor în situația mai multor medicamente administrate, ordinea și ritmul de administrare
- ✓ pentru soluțiile concentrate de electroliți sunt precizate în FO și respectarea precauțiilor privind administrarea acestora
- ✓ în FO, în planul de management al pacientului și planul de îngrijiri este consemnată medicația administrată pacientului, indiferent de proveniența acesteia
- ✓ în FO, în planul de management al pacientului și planul de îngrijiri este consemnată medicația administrată în urma recomandărilor consulturilor interdisciplinare



### **02.12.02.02. Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ se utilizează medicamente cu risc înalt sau cu denumire/ambalaj asemănător în spital, dacă răspunsul este DA se solicită lista acestora
- ✓ cum monitorizează depozitarea, etichetarea, prescrierea și utilizarea medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestuia, ce măsuri au implementat



**02.12.02.03. Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate

- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru reglementările solicitate dacă USP afirmă că au fost analizate

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu privire la modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante
- ✓ cum procedează cu privire la modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



**02.12.02.04. Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.**

Pentru îndeplinirea standardului "Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului", cerința trebuie să acopere următoarele condiții:

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Stat de funcții

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există post de farmacist clinician și dacă postul este ocupat

## Vizită:

### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Fișele de post ale personalului care prepară diluțiile sterile cu citostatice
- ✓ Planificarea instruirilor personalului care prepară diluțiile sterile cu citostatice
- ✓ Lista citostaticelor a căror diluții sunt preparate în spital
- ✓ Regulile de preparare a diluțiilor sterile cu citostatice pentru produsele utilizate – se solicită prin sondaj 2-3 produse
- ✓ registrul de evidență dizolvări pentru medicamentele sterile
- ✓ programul de gestiune cantitativ valorică al farmaciei
- ✓ Fisă de post farmacist clinician
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a respectării reglementărilor de bună practică de fabricație în preparare a diluțiilor cu citostatice efectuate de farmacistul clinician
- ✓ Fișe de post ale personalului care transportă și este implicat în manipularea diluțiilor cu citostatice
- ✓ planificarea instruirii personalului care transportă și este implicat în manipularea diluțiilor cu citostatice
- ✓ lista activităților cu risc profesional crescut în zona de preparare a citostaticelor

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ Fișele de post ale personalului care prepară diluțiile sterile cu citostatice cuprind atribuții ale acestora în acest sens
- ✓ Instruirile personalului care prepară diluțiile sterile cu citostatice respectă planificarea
- ✓ personalul care prepară diluțiile sterile cu citostatice cunoaște și le sunt accesibile regulile de preparare a diluțiilor sterile cu citostatice pentru produsele utilizate
- ✓ există spații cu dispozitive funcționale pentru igienizare/decontaminare personalului implicat în prepararea diluțiilor sterile cu citostatice (filtru cu baie, echipament de protecție utilizat numai în spațiu de preparare-halat, bonetă, mască, mănuși)
- ✓ diluțiile sterile cu citostatice sunt personalizate pentru fiecare pacient și ambalate, conform caracteristicilor produsului, pentru transport
- ✓ registrul de evidență dizolvări pentru medicamentele sterile cuprinde evaluarea farmacistului (semnat, parafat, menționarea orei verificării) ora preparării și conformitatea de preparare
- ✓ medicamentele, solvenții, soluțiile perfuzabile utilizate la prepararea soluțiilor sterile sunt înregistrate în programul de gestiune cantitativ valorică al farmaciei, pe gestiuni, conform protocolului de dizolvare/diluție
- ✓ farmacistul clinician are prevăzute în fisa de post atribuții cu privire la monitorizarea și analiza respectării reglementărilor de bună practică de fabricație în preparare a diluțiilor cu citostatice
- ✓ etichetarea diluțiilor sterile cu citostatice se face cu asigurarea dublei identificării a pacientului
- ✓ personalul care transportă și este implicat în manipularea diluțiilor cu citostatice a fost instruit conform planificării, cunoaște și respectă condițiile de transport

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ ce măsuri de prevenție/protecție și recuperare sunt asigurate pentru personalul care prepară diluțiile sterile cu citostatice
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea respectării reglementărilor de bună practică de fabricație în preparare a diluțiilor cu citostatice efectuate de farmacistul clinician, care este periodicitatea de culegere a datelor, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora
- ✓ cum procedează la etichetarea diluțiilor sterile cu citostatice, care sunt elementele de verificare a identității pacientului
- ✓ există evidența condițiilor de păstrare a diluțiilor sterile cu citostatice
- ✓ sunt stabilite și înregistrate elementele care permit analiza respectării condițiilor de păstrare a diluțiilor sterile cu citostatice (ora preparare, ora administrare, condiții de transport, depozitare temporară etc)
- ✓ care sunt măsurile de protecție profesională în zona de preparare a citostaticelor



**02.12.02.05. Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la gestionarea soluțiilor concentrate de electroliți dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ Decizie de numire a persoanei responsabile cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți
- ✓ 2-3 rapoarte de monitorizare a modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți (cu concluzii și recomandări)

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)
- ✓ la nivelul farmaciei există un spațiu bine delimitat, semnalizat vizibil și securizat, separat de celelalte soluții perfuzabile, pentru depozitarea soluțiilor concentrate de electroliți
- ✓ la nivelul secțiilor unde sunt utilizate soluțiile diluate de electroliți sunt depozitate temporar în condiții specifice de mediu și siguranță, separat de celelalte soluții perfuzabile
- ✓ sistemul de etichetare a soluțiilor de electroliți permite identificarea corectă a pacienților

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la gestionarea soluțiilor concentrate de electroliți

### Vizită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ fișa de post a persoanei responsabile cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți
- ✓ dacă au existat evenimente adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți, rapoartele de analiză

#### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este modalitatea de gestionare a soluțiilor concentrate de electroliți
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de gestionare a soluțiilor concentrate de electroliți, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri sunt implementate
- ✓ cum sunt etichetate soluțiile de electroliți
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ au existat evenimente adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți, dacă răspunsul este DA, dacă au fost raportate voluntar, ce măsuri au fost implementate



### **02.12.03. Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.12.03.01. Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.**

### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților, din care unul a fost transferat la alt spital, iar unul între secțiile spitalului/ATI

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ respectarea completării setului de date stabilit în caz de transfer al pacientului
- ✓ datele stabilite pentru predarea-preluarea pacientului la/de la serviciul de gardă sunt completate pentru toți pacienții internați la preluarea și la predarea gărzii
- ✓ la predarea și preluarea pacienților sunt consemnate, într-un document medical standardizat la nivel de spital, elementele de monitorizare și intervențiile de efectuat pentru medici
- ✓ datele stabilite pentru predarea-preluarea pacientului la schimbul de ture sunt consemnate în planul de îngrijiri
- ✓ condițiile stabilite de preluare a pacienților în ATI sunt consemnate în FO și respectate

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este setul minim de informații/date medicale, de transmis la predarea-preluarea pacientului
- ✓ care sunt condițiile de preluare a pacienților în structurile de terapie intensivă
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune în cazul preluării pacienților în structurile de terapie intensivă, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru predarea-preluarea pacientului la/de la serviciul de gardă
- ✓ care sunt datele stabilite pentru predarea-preluarea pacientului la schimbul de ture



## **02.12.03.02. Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este realizată monitorizarea preluării-predării pacienților
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de monitorizare a preluării-predării pacienților, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



#### **02.12.04. Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



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

###### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul și gradul de completare al listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică

###### **Vizită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților operați, din care 1 FO a unui pacient operat cel târziu în ziua precedentă

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ FO ale pacienților operați au listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică completate

###### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității și gradului de completare al listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



##### **02.12.04.02. În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.**

###### **Previzită:**

###### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista protocoalelor din secția unde are interviu evaluatorul
- ✓ 2-3 protocoalele chirurgicale
- ✓ 2-3 protocoalele anestezice
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză pentru protocoalele solicitate (dacă USP afirmă că a fost analizat)

###### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării protocoalelor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocoalele conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocoalele conțin indicatori de eficacitate și eficiență

- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol are stabilit datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele solicitate
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizati indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocoalelor

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ protocoalele solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocoale
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare a protocoalelor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ protocoalele sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ PV ale ședințelor de Consiliul medical unde au fost discutate Rapoartele de analiză a protocoalelor solicitate, concluziile și măsurile propuse spre a fi implementate
- ✓ Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat fiecare protocolul pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a protocolului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei respectării/abaterilor de la protocol, care este periodicitatea de analiză la nivelul secției și la nivelul Consiliului medical, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestuia, ce măsuri au implementat în urma analizei de la nivelul secției, dar în urma analizei de la Consiliului medical



**02.12.04.03. Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la planul de acțiune în caz de abateri de la programul operator dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale incidentelor nemedicale apărute în timpul intervențiilor chirurgicale/anestezice(dacă au fost efectuate analize)

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la planul de acțiune în caz de abateri de la programul operator
- ✓ au existat incidente nemedicale apărute în timpul intervențiilor chirurgicale/anestezice, dacă răspunsul este DA, au fost analizate acele incidente

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator
- ✓ Registrul de intervenții chirurgicale-protocol de anestezie
- ✓ program operator din 2-3 zile

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ respectarea intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie – programarea operațiilor respectă intervalul de timp, în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator sunt menționate ora începerii și terminării intervențiilor, care confirmă respectarea intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie
- ✓ incidentele chirurgicale sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator
- ✓ incidentele anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol de anestezie

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează în caz de abateri de la programul operator
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei respectării planului de acțiune în caz de abateri de la programul operator, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care este modalitatea de monitorizare a respectării intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei incidentelor nemedicale apărute în timpul intervențiilor chirurgicale/anestezice, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



#### **02.12.05. La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.12.05.01. Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.**

##### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații
- ✓ 2-3 protocoale specifice utilizate
- ✓ lista cu personalul supus radiațiilor
- ✓ planificarea verificării periodice a dozimetrelor utilizate de personalul expus la radiații

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în protocoalele specifice este stabilit nivelul dozei de iradiere

##### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților care au fost expuși la radiații

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ personalul expus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre
- ✓ data, doza per episod și doza totală de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale (fișă investigație, rezultat, epicriză, scrisoare medicală, etc.)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



**02.12.05.02. Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analize a calității imaginilor radiologice (conțin concluzii și propuneri) de la nivelul secției

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 recomandări de investigare radiologică/imagistică medicală
- ✓ PV ale ședințelor Consiliului medical în care au fost analizate rapoartele de analize a calității imaginilor radiologice, cuprind concluzii și propuneri de măsuri

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ recomandările de investigare radiologică/imagistică medicală cuprind mențiuni precise cu privire la zona de examinat și, după caz, incidentele solicitate

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei calității imaginilor radiologice, care este periodicitatea de analiză la nivelul secției și la nivelul Consiliului medical, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestuia, ce măsuri au implementat în urma analizei de la nivelul secției, dar în urma analizei de la Consiliului medical



**02.12.05.03. Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la recalcularea dozelor de administrat pacienților în cazul nefuncționării incidentale a aparatului de radioterapie dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a tehnicilor de tratament utilizate în radioterapie dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a rezultatelor de etapă în radioterapie

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ PV ale ședințelor de Consiliu medical în care au fost discutate rapoartele de analiză solicitate
- ✓ Lista pacienților care au făcut brahiterapie în ultimele 6 luni
- ✓ planificarea verificării periodice a dozimetrelor utilizate de pacienții expus la radiații
- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu implanturilor permanente cu brahiterapie
- ✓ model de instrucțiuni scrise pentru pacienți/apartinător privind regulile de comportament după spitalizare în cazul implanturilor permanente în brahiterapie

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modul de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sistemul de planning al tratamentului în radioterapie utilizează reconstrucția 3D cu CT dedicat
- ✓ planul de tratament în radioterapie este individualizat și are menționate volumele de iradiat și organele care trebuie protejate
- ✓ cantitatea de izotopi radioactivi administrată pentru tratamentul nuclear este individualizată (este determinat necesarul de izotopi radioactivi înainte de administrare)
- ✓ mijloacele de imobilizare utilizate în radioterapie sunt personalizate
- ✓ controlul dozimetric este efectuat pentru toți pacienții cu brahiterapie
- ✓ sunt consemnate în FO evaluările dozelor cu risc de iradiere pentru membri familiei și persoanele din anturaj în cazul implanturilor permanente la pacientul cu brahiterapie
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de realizare a planului de tratament în radioterapie
- ✓ cum sunt stabilite dozele de izotopi radioactivi administrate pentru tratament
- ✓ cum procedează în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei tehnicilor de tratament utilizate în radioterapie, care este periodicitatea de analiză la nivelul secției și la nivelul Consiliului medical, care sunt indicatorii stabiliți pentru

- măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat în urma analizei de la nivelul secției, dar în urma analizei de la Consiliului medical
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei rezultatelor de etapă în radioterapie, care este periodicitatea de analiză la nivelul secției și la nivelul Consiliului medical, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat în urma analizei de la nivelul secției, dar în urma analizei de la Consiliului medical
  - ✓ cum este asigurată fixarea pacientului în timpul simulărilor și a radioterapiei



**02.12.05.04. Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională conțin mențiuni cu privire la durata intervenției în raport cu timpul de expunere la radiații

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea utilizării acestora ce măsuri au implementat



**02.12.05.05. Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există echipament de protecție pentru persoanele care ajuta în mod voluntar pacientul supus radiațiilor
- ✓ există dozimetre disponibile pentru persoanele care ajuta în mod voluntar pacientul supus radiațiilor



## 02.12.06. Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigational.

Identificarea incorectă a pacientului, a ne-corelării pacientului ca individ cu indicațiile/ efectuarea de teste, analize cu rezultatele acestora sau tratamentele prescrise și efectuate constituie cauze frecvente de apariție a evenimentelor adverse. Scopul acestui criteriu este să faciliteze spitalului structurarea și punerea în aplicare a unei modalități de identificare corectă a pacientului în toate situațiile menționate mai sus.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrabile de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.12.06.01. Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la monitorizarea riscurilor microbiologice specifice activităților proprii laboratorului dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al laboratorului dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ riscurile microbiologice identificate la nivelul laboratorului
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ riscurile microbiologice identificate la nivelul laboratorului sunt înregistrate în registrul riscurilor de la nivelul spitalului
- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la monitorizarea riscurilor microbiologice specifice activităților proprii laboratorului

#### Vizită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de monitorizare a riscurilor microbiologice specifice activităților proprii laboratorului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de monitorizare a riscurilor microbiologice specifice activităților proprii laboratorului, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.12.06.02. Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a riscurilor microbiologice de la nivelul laboratorului

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există analiza semestrială a riscurilor microbiologice de la nivelul laboratorului

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei riscurilor microbiologice de la nivelul laboratorului, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea evoluției acestora, ce măsuri au implementat



**02.12.07. Spitalul urmărește identificarea și diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.12.07.01. Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista estimată a patologiilor generatoare de risc de cădere
- ✓ 2-3 FO ale pacienților cu patologie care se regăsește pe lista spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ este consemnal în FO evaluarea riscului de cădere din momentul evaluării inițiale la internare
- ✓ există evaluări ale evoluției riscului de cădere pe durata internării, menționate în FO

- ✓ există evaluări ale evoluției riscului de cădere la externare, care este comunicat pacientului/apartinători și consemnat în documentele medicale(FO, scrisoare medicală, epicriză etc.)
- ✓ spitalul utilizează cod cunoscut de personalul medical pentru identificarea pacienților cu risc de cădere

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum sunt evidențiați pacienții cu risc de cădere



**02.12.07.02. Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a cazurilor cu risc de cădere (cu concluzii și recomandări)
- ✓ planificarea instruirilor ale personalului cu privire la riscul de cădere al pacienților aflați în îngrijire

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscul de cădere al pacienților aflați în îngrijire

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de avertizare a pacienților/apartinătorilor cu privire la riscul clinic de cădere al pacientului
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei cazurilor cu risc de cădere, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea acestora, ce măsuri au implementat



**02.12.07.03. Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.12.07.04. Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ acreditarea pentru activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei
- ✓ decizie de nominalizare a Comisiei pentru declararea morții cerebrale
- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională
- ✓ decizie echipă multidisciplinară pentru prelevare de organe/ țesuturi/ celule
- ✓ lista protoalelor din secția unde are interviu evaluatorul
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la declararea morții cerebrale(pentru care USP afirmă că au fost analizate)

- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la susținerea funcțiilor vitale ale potențialilor donatori în vederea prelevării de celule, țesuturi și organe (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la testarea donatorului înainte de prelevarea de celule, țesuturi sau organe, inclusiv a compatibilității donator – primitor (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la solicitarea și obținerea consimțământului pentru prelevarea de organe la pacienții aflați în moarte cerebrală (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la comunicarea cu Agenția Națională de Transplant în legătură cu potențialul donator de organe/țesuturi/celule (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activarea echipelor implicate în activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ câte 2-3 rapoarte de analiză cu privire la protecția datelor cu caracter personal a donatorilor de organe (pentru care USP afirmă că au fost analizate)
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al protocoalelor și procedurilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării protocoalelor/reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ protocoalele/reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestuia
- ✓ protocoalele/reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, protocoalele/reglementările au stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ existența referințelor bibliografice specifice pentru protocoalele/ reglementările solicitate
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, Consiliul de etică, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizate indicatorii de eficacitate și eficiență ai protocoalelor/ reglementărilor solicitate

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Comisia pentru declararea morții cerebrale corespunde realității
- ✓ planul anual de formare/ dezvoltare profesională cuprinde și sunt realizate conform planificării cursurilor/ instruirilor cu privire la declararea morții cerebrale
- ✓ dosarele de personal ale echipei multidisciplinare conțin dovezi care certifică competențele profesionale pentru transplantul de organe/ țesuturi/ celule
- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională cuprinde și sunt realizate conform planificării cursurilor/instruirii cu privire la declararea morții cerebrale

- ✓ protocoalele/reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le aplică și sunt cunoscute de acestea
- ✓ protocoalele/reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în protocoalele/reglementările solicitate
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare ale protocoalelor/reglementărilor și dacă este cazul, propuneri de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ protocoalele/reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu privire la declararea morții cerebrale
- ✓ cum procedează cu privire la susținerea funcțiilor vitale ale potențialilor donatori în vederea prelevării de celule, țesuturi și organe
- ✓ cum procedează cu privire la testarea donatorului înainte de prelevarea de celule, țesuturi sau organe, inclusiv a compatibilității donator - primitor
- ✓ cum procedează cu privire la activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule
- ✓ cum procedează cu privire la solicitarea și obținerea consimțământului pentru prelevarea de organe la pacienții aflați în moarte cerebrală
- ✓ cum procedează cu privire la comunicarea cu Agenția Națională de Transplant în legătură cu potențialul donator de organe/țesuturi/celule
- ✓ cum procedează cu privire la activarea echipelor implicate în activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule
- ✓ cum asigură protecția datelor cu caracter personal a donatorilor de organe
- ✓ care a fost numărul de cazuri la care a fost aplicat fiecare protocol pentru care s-a solicitat raportul de analiză
- ✓ care a fost modalitatea de eșantionare a cazurilor pentru analiza indicatorilor de eficacitate și eficiență a fiecărui protocol solicitat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei protocoalelor/reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat



**02.12.07.05. Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ acreditare pentru activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei
- ✓ decizie echipă multidisciplinară pentru transplantul de organe/ țesuturi/ celule
- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesională
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, Comisia de etică, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modul de acțiune pentru activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Fise de post ale personalului implicat în activitatea de transplant organe/țesuturi/celule cuprind atribuțiile specifice activității de transplant
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează în situația unui caz, care necesită transplant de organe/ țesuturi/ celule
- ✓ care este sistemul de activare a echipelor implicate în activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule, cum funcționează
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune în cazul transplantului de organe/ țesuturi/ celule , care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.12.07.06. La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ indicatorii de monitorizare a activității de prelevare/ transplant de organe/ țesuturi/ celule
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a ratei de supraviețuire a pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ bază de date a pacienților care au fost transplantați în spital

### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ există o bază de date cu situația la zi a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei ratei de supraviețuire a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea evaluării acesteia, ce măsuri au implementat

## 02.13. Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență.



### 02.13.01. Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare a terapiei transfuzionale și hemovigilența.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.13.01.02. Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.

#### Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Autorizația de funcționare a UTS
- ✓ Planul anual de formare/dezvoltare profesională a personalului
- ✓ Lista articolelor critice ale unității de transfuzie sanguină, cu specificațiile tehnice pentru acestea
- ✓ Lista echipamentelor critice ale unității de transfuzie sanguină, cu specificațiile tehnice ale acestora
- ✓ Plan de calificare și instruire periodică a personalului pentru echipamentele critice
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la asigurarea stocului de articole critice ale unității de transfuzie sanguină dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la activitatea de calificare, întreținere mentenanță, calibrare, validare a procedurilor, reparații și recalificare a echipamentelor critice de la nivelul unității de transfuzii sanguine dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la validarea loturilor de reactivi și a procedurilor de testare pretransfuzională dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la efectuarea controlului ultim pretransfuzional, imediat înaintea începerii administrării transfuziei dacă USP afirmă că au fost analizate

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la transfuzia de sânge total și componente sanguine dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al UTS dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ plan de urgență pentru asigurarea continuității activității unității de transfuzie sanguină, în cazul apariției unor disfuncționalități la nivelul personalului, echipamentului și a altor articole critice

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există prevăzute instruirii cu privire la activitatea transfuzională pentru personalul UTS
- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor solicitate (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ stocul de articole critice ale unității de transfuzie sanguină este asigurat
- ✓ planificarea activităților de verificare, calibrare, mentenanță, recalificare a echipamentelor critice ale unității de transfuzie sanguină
- ✓ 2-3 FO ale pacienților la care au fost efectuate transfuzii
- ✓ 2-3 evaluări ale personalului UTS referitor la cunoașterea reglementărilor privind transfuzia de sânge total și componente sanguine

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ sunt realizate instruirile cu privire la activitatea transfuzională a personalului UTS conform Planului anual de formare/dezvoltare profesională a personalului
- ✓ stocul de articole critice ale unității de transfuzie sanguină este asigurat conform reglementării
- ✓ rapoarte de calificare a echipamentelor critice
- ✓ rapoarte de validare a procedurilor aplicate în utilizarea echipamentelor critice
- ✓ verificarea, calibrarea, mentenanța, recalificarea echipamentelor critice din unitatea de transfuzie sanguină sunt efectuate conform programărilor și consemnate în registre de evidență dedicate
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementari
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora

- ✓ reglementarile sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ în UTS, frigiderule, congelatoarele, agitatoarele de trombocite au sistem de alarmă vizual și auditiv, sistem de alimentare electrică alternativă pentru situații de urgență (generator electric) și sistem de monitorizare automată a temperaturii
- ✓ rapoartele de monitorizare a temperaturii echipamentelor de stocare a sângelui și componentelor sanguine, a reactivilor, a probelor, a temperaturii ambientale din încăperea în care se efectuează testele pretransfuzionale sunt la zi
- ✓ evidențe ale efectuării controlului de calitate intern și ale participării la scheme de control extern pentru testele efectuate în unități de transfuzie sanguină
- ✓ controlul ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este consemnat în FO
- ✓ toate categoriile de personal implicate în activitatea transfuzională au fost instruite specific, în conformitate cu reglementările în vigoare și planul de formare

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum asigură stocul de articole critice ale unității de transfuzie sanguină
- ✓ cum se desfășoară activitatea de calificare, întreținere mentenanță, calibrare, validare a procedurilor, reparații și recalificare a echipamentelor critice de la nivelul unității de transfuzii sanguine
- ✓ cum se asigură validarea loturilor de reactivi și a procedurilor de testare pretransfuzională
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor solicitate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat
- ✓ cum se realizează administrarea transfuziei
- ✓ cum se realizează transfuzia de sânge total și componente sanguine
- ✓ care sunt indicațiile tratamentului transfuzional în cazul anumitor categorii de pacienți, după caz, pentru nou-născuți, sugari, copii, pacienți politransfuzati, pacienți cu evidență a aloimunizării antieritrocitare, antitrombocitare, pacienți imunodepresati, anemici, leucemici



**02.13.01.03. Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Decizie de numire a Comisiei de hemovigilență
- ✓ 2-3 analize anuale ale îndeplinirii atribuțiilor Comisiei de transfuzie și hemovigilență
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale consumului de sânge și derivate, erorile, incidentele și reacțiile adverse asociate, care să conțină concluzii și măsuri
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză trimestriale ale utilizării de sânge și componente sanguine specific fiecărui pacient care a beneficiat de terapie transfuzională (pe tip de patologie, tip terapie, evoluție patologie), care să conțină concluzii și măsuri
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a consumului de sânge total și componente sanguine, în vederea reducerii consumului nejustificat, care să conțină concluzii și măsuri

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de raportare a suspiciunilor de reacții adverse și, după caz, a erorilor/incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, a reacțiilor adverse sau a celor asociate transfuziei dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al UTS dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor/protocoloalelor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ componența Comisiei de hemovigilență respectă prevederile legale
- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor/protocoloalelor solicitate (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările/protocoloalele conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările/protocoloalele conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare/protocolal are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților la care au fost efectuate transfuzii
- ✓ evidența reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale
- ✓ evidența anchetelor desfășurate, a analizelor cauză-efect, a măsurilor preventive și corective adoptate ca urmare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale din spital

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovada informării personalului cu privire la reacțiile adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale interne sau externe spitalului, înregistrate și transmise comunității medicale (intranet însoțit de obligația din Fișa postului de a se informa prin intermediul acestuia/ pv de ședințe de informare etc.)
- ✓ reglementările/protocoloalele au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările/protocoloalele solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementari/protocoloale

- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor/ protocoloalelor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ au fost respectate indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine prevăzute în protocol și au fost consemnate în FO/ dacă au fost abateri acestea au fost justificate și consemnate în FO
- ✓ reglementările/ protocoloalele sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ documentarea la zi referitoare la monitorizarea condițiilor specifice de stocare, conservare și transport a sângelui și a componentelor sanguine

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de raportare a suspiciunilor de reacții adverse și, după caz, a erorilor/incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, a reacțiilor adverse sau a celor asociate transfuziei
- ✓ cum se realizează completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale
- ✓ cum procedați cu privire la indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru pacienții care au necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei indicatorilor reglementărilor/protocoloalelor solicitate, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ au existat reacții adverse asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, dacă DA, se întreabă dacă au evidența anchetelor desfășurate, a analizelor cauză-efect, a măsurilor preventive și corective adoptate ca urmare a reacțiilor adverse



#### **02.13.02. Prescrierea de sânge și derivate este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.13.02.01. Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de prescriere a sângelui și a componentelor sanguine dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al UTS dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modul de prescriere a sângelui și a componentelor sanguine

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de prescriere a sângelui și a componentelor sanguine
- ✓ care sunt patologiile pentru care utilizează protocoale specifice de transfuzie
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de prescriere a sângelui și a componentelor sanguine, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.13.02.02. Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la solicitarea de sânge și componente sanguine de către secții și departamente dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al UTS dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ Lista documentelor în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la solicitarea de sânge și componente sanguine de către secții și departamente

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO și fișele transfuzionale ale pacienților la care s-a administrat sânge total și/sau componente sanguine

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ Comisia de transfuzie și hemovigilență a stabilit Lista documentelor în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat (PV de sedință, act administrativ de adoptare-Decizie, difuzare prin intranet/PV de luare la cunoștință)
- ✓ indicația de sânge total și/sau componente sanguine se documentează în FO a pacientului, cu data prescrierii, numele medicului prescriptor, parafa și semnătura acestuia
- ✓ testarea și confirmarea compatibilității la nivelul unității de transfuzie sanguine este înregistrată și semnată de către personalul medical implicat
- ✓ identificarea pacientului și a unității/unităților eliberate în vederea transfuziei se face și se consemnează în FO/fișa transfuzională, de către personalul medical care administrează sângele total și/sau componentele sanguine
- ✓ evaluarea pacientului înaintea începerii administrării și monitorizarea acestuia în timpul și după încheierea transfuziei sunt documentate în FO/fișa transfuzională

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt condițiile de solicitare a sângelui și componente sanguine de către secții și departamente
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei solicitărilor de sânge și componente sanguine de către secții și departamente, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la aprovizionarea cu sânge și componente sanguine în zilele libere, zilele de sărbătoare, pentru situațiile cu consum neprevăzut de mare, în situații deosebite dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de recuperare a sângelui și/sau a componentelor sanguine neutilizate pe secții și de stabilire a destinației finale a acestora dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al UTS dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analize anuale ale consumului de sânge total și componente sanguine
- ✓ planificarea aprovizionării cu sânge total și componente sanguine

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)
- ✓ rapoartele de analize anuale ale consumului de sânge total și componente sanguine sunt realizate la nivelul UTS și cuprind concluzii și recomandări

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementărilor solicitate

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementările a fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementări
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ planificarea aprovizionării cu sânge total și componente sanguine este bazată pe constatările analizelor anuale referitoare la dinamica consumului

- ✓ stocul existent de sânge total și componente sanguine este conform cu cel stabilit pe baza analizei dinamicii necesarului transfuzional și asigură toate solicitările clinicienilor, inclusiv pentru cazurile de urgență
- ✓ recipientele dedicate transportului sângelui și componentelor sanguine sunt dotate cu sistem de măsurare și înregistrare a temperaturii în timp real, care permite dovedirea temperaturilor din timpul transportului

#### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum este transportat sângele și componentele sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții
- ✓ cum este asigurată aprovizionarea cu sânge și componente sanguine în zilele libere, zilele de sărbătoare, pentru situațiile cu consum neprevăzut de mare, în situații deosebite
- ✓ care este modalitatea de recuperare a sângelui și/sau a componentelor sanguine neutilizate pe secții și de stabilire a destinației finale a acestora
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei indicatorilor reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei consumului de sânge total și componente sanguine, care este periodicitatea de analiză, dacă recomandările referitoare la aprovizionare au fost implementate
- ✓ cum stabilește UTS stocul necesar de sânge total și componente sanguine
- ✓ care este stocul existent de sânge total și componente sanguine

## 02.14. Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale



### 02.14.01. Activitatea de audit clinic este organizată.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:

#### 02.14.01.01. Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.

Previzită:

#### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Structura funcțională aprobată a spitalului (ordinul/ ordinele/ avizele MS la zi)
- ✓ documentul/documentele care arată modul de organizare și funcționare a auditului clinic în spital (decizii, procedură, metodologie)
- ✓ Planul anual de audit clinic (din anul curent și din anul precedent)
- ✓ Raportarea evenimentelor indezirabile (adverse) înregistrate la nivelul spitalului (din perioada ultimilor 2 ani calendaristici încheiați)

- ✓ lista reglementărilor/protocoalelor de diagnostic și tratament/ protocoalelor de îngrijire din secția unde are interviu evaluatorul
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Planurile anuale de audit clinic au avut în vedere acoperirea cât mai omogenă a activităților clinice de la nivelul spitalului – corespondența dintre structura aprobată (secții, compartimente, servicii medicale) și misiunile planificate
- ✓ elaborarea Planurilor anuale de audit clinic s-a realizat cu participarea structurii de specialitate (SMC) – echipa de audit clinic este parte funcțională
- ✓ misiunile de audit clinic (planificate sau ad-hoc) au avut în vedere evenimentele indenzirabile (adverse) înregistrate la nivelul spitalului – există concordanță

**(ATENȚIE! Nu este obligatoriu ca toate evenimentele indenzirabile înregistrate la nivelul spitalului să fie obiectul unei misiuni de audit clinic)**

- ✓ protocoalele utilizate la nivelul spitalului au făcut obiectul auditării clinice anuale, din perspectiva eficienței și eficacității acestora

**(ATENȚIE! Nu este obligatoriu ca toate protocoalele utilizate în spital să fie auditate anual – o asemenea situație poate fi un semn de formalism)**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ Existența (raport pentru fiecare misiune) și evidența la nivelul SMC a Rapoartelor de audit clinic (semnate, înregistrate, comunicate, analizate în CD – consemnate în ordinea de zi a ședințelor) – se verifică prin sondaj
- ✓ Corespondența dintre rapoartele de audit clinic și Planul anual de audit clinic

**(ATENȚIE! Planul anual de audit clinic se actualizează la sfârșitul fiecărui an, incluzându-se în acesta și misiunile ad-hoc)**

- ✓ Accesibilitatea pentru personalul de la nivelul spitalului la Planurile anuale de audit clinic și la Rapoartele de audit clinic
- ✓ Modul în care echipa de audit clinic colaborează cu SMC, ca parte funcțională din aceasta – observare directă

La nivelul SMC se colectează date privind utilizarea/respectarea protocoalelor la nivelul spitalului (există o bază de date/evidență accesibilă, care conține date pentru cel puțin ultimul an calendaristic încheiat – anul precedent)

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ La nivelul secțiilor, compartimentelor și serviciilor medicale, personalul poate da relații cu privire la ultima misiune de audit clinic desfășurată (corespondență cu Planul anual)
- ✓ Personalul din secțiile, compartimentele și serviciile medicale planificate pentru auditare în anul respectiv (re)cunoaște Planul anual de audit clinic (anul curent)
- ✓ Personalul de conducere din spital (membrii CD) poate da relații cu privire la măsurile dispuse ca urmare a ultimelor misiuni de audit desfășurate (care au conținut recomandări de intervenție)
- ✓ Membrii SMC și cei ai echipei de audit clinic oferă răspunsuri similare la aceleași întrebări adresate separat de evaluator (ex.: De câte ori/la ce interval de timp vă întâlniți pentru a analiza/discuta...? Cum actualizați Planul anual de audit clinic?)
- ✓ cum procedează în situația solicitării de misiuni suplimentare de audit clinic extern
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modului de acțiune în cazul solicitării de misiuni suplimentare de audit clinic extern, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.14.01.02. Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ ROF al structurii de management al calității
- ✓ Decizii de numire a echipelor de audit clinic
- ✓ tabel cu membrii echipelor de audit clinic din ultimii doi ani, distribuția pe echipe și domenii auditate, cu precizarea dacă au curs de formare în domeniul auditului clinic

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ în atribuțiile structurii de management al calității este prevăzută coordonarea activității de audit clinic
- ✓ din componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării
- ✓ membrii echipei de audit clinic au urmat un curs de formare în domeniul auditului clinic



**02.14.01.03. În situațiile în care se produc evenimentele inddezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista reglementărilor din secția unde are interviu evaluatorul
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de identificare, analiză și raportare a evenimentelor inddezirabile dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate a reglementării cu privire la modalitatea de identificare, analiză și raportare a evenimentelor inddezirabile

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ registrul de evidență a identificării și raportării evenimentelor inddezirabile

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ registrul de evidență a identificării și raportării evenimentelor inddezirabile există la nivelul SMC
- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează pentru de identificarea, analiza și raportarea evenimentelor inddezirabile
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de identificare, analiză și raportare a evenimentelor inddezirabile, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



## 02.14.02. Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### 02.14.02.01. Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament.

#### Vizită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ Rapoartele de audit clinic din ultimii doi ani

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ Concluziile misiunilor de auditare a protocoalelor motivează dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ au existat situații de revizuire a protocoalelor datorate concluziilor misiunilor de audit clinic a protocoalelor



### 02.14.02.02. Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.

#### Previzită:

##### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ lista cu protocoalele de diagnostic și tratament aplicabile secției
- ✓ 2-3 protocoale de diagnostic și tratament

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ protocoalele de diagnostic și tratament aplicabile secției au stabilite indicatori de monitorizare a eficienței și eficacității

#### Vizită:

- ✓ autoevaluări ale secției cu privire la respectarea protocoalelor din ultimii doi ani

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este periodicitatea de autoevaluare cu privire la respectarea protocoalelor

**02.15. Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia.**



**02.15.01. Externarea este planificată, coordonată și documentată.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**02.15.01.01. Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților externați

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ momentul estimat al externării, însoțit de mențiunea că pacientul se poate externa singur sau cu însoțitor, este consemnat de la întocmirea planului de management al cazului la internare (menționată data consemnării)
- ✓ modificările privind momentul estimat al externării sau a condițiilor de externare sunt motivate și consemnate în FO



**02.15.01.02. Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la comunicarea cu medicul de familie/ care a recomandat internarea, în vederea asigurării continuității îngrijirilor dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la comunicarea cu medicul de familie sau care a recomandat internarea, în vederea asigurării continuității îngrijirilor

### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților externați

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ în FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează la externarea pacientului din punct de vedere al comunicării cu medicul de familie sau care a recomandat internarea, în vederea asigurării continuității îngrijirilor
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei comunicării cu medicul de familie sau care a recomandat internarea, în vederea asigurării continuității îngrijirilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



### **02.15.02. Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### **02.15.02.01. Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului.**

### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la comunicarea către aparținători a degradării stării pacientului sau în caz de deces dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)

- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la comunicarea către aparținători a degradării stării pacientului sau în caz de deces

**Vizită:**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților externați

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ datele de contact ale aparținătorilor sunt menționate în FO

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de comunicare a deteriorării stării de sănătate a pacientului către aparținători
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului sau în caz de deces, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



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

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modalitatea de acces al aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală dacă USP afirmă că a fost analizată
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării reglementării (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementarea conține precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
- ✓ reglementarea conține indicatori de eficacitate

- ✓ pentru calcularea indicatorilor, reglementarea are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizată de Consiliul medical, aprobată)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării cu privire la modalitatea de acces al aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală

**Vizită:**

- ✓ 2-3 FO ale pacienților externați care au necesitat îngrijiri paliative la externare

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea a fost difuzată, există dovada instruirii persoanelor care o utilizează și este cunoscută de aceștia
- ✓ reglementarea solicitată este adaptată resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate stabiliți în reglementare
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementării și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia
- ✓ reglementarea este accesibilă personalului medical utilizator
- ✓ necesitatea instituirii tratamentului paliativ este consemnată în FO

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum procedează cu accesul aparținătorilor la pacienții terminali
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei modalității de acces al aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acesteia, ce măsuri au implementat



**02.15.02.03. Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ Decizie actualizată de numire a comisiei de analiză a deceselor
- ✓ Structura funcțională aprobată a spitalului
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de izolare a pacientului decedat până la părăsirea secției dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la comunicarea către aparținători a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză cu privire la modul de identificare a pacientului decedat dacă USP afirmă că au fost analizate
- ✓ registrul de riscuri al secției dacă registrul de riscuri al spitalului nu permite identificarea riscurilor pe sectoare de activitate
- ✓ planificarea SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor, aprobată de conducerea spitalului

### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ există laborator de anatomo-patologie cu compartiment de prosectură
- ✓ existența riscurilor identificate care justifică necesitatea elaborării reglementărilor (sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor)
- ✓ reglementările conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
- ✓ reglementările conțin indicatori de eficacitate și eficiență
- ✓ pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
- ✓ formalizarea (vizate de Consiliul medical, aprobate)

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost analizați indicatorii de eficacitate și eficiență a reglementării solicitate

### **Vizită:**

- ✓ spitalul asigură condiții de desfășurare a serviciului de prosectură
- ✓ reglementările au fost difuzate, există dovada instruirii persoanelor care le utilizează și sunt cunoscute de aceștia
- ✓ reglementările solicitate sunt adaptate resurselor USP
- ✓ există analiza periodică (6 luni) a indicatorilor de eficacitate și eficiență stabiliți în reglementari
- ✓ respectarea planificării SMC de evaluare a nivelului de implementare al reglementărilor și dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățirea acestora
- ✓ reglementările sunt accesibile personalului medical utilizator
- ✓ spitalul are analiză ce puțin anuală a cazurilor de deces

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de izolare a pacientului decedat până la părăsirea secției
- ✓ care sunt etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului și cum sunt comunicate aparținătorilor
- ✓ care este modalitatea de identificare a pacientului decedat
- ✓ care sunt datele stabilite pentru a fi culese în vederea analizei reglementărilor, care este periodicitatea de analiză, care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea aplicării acestora, ce măsuri au implementat
- ✓ care este frecvența de analiză a cazurilor de deces în spital

### 03. ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI

#### 03.01. Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.



**03.01.01. Spitalul asigură conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică consimțământului informat (CI).**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**03.01.01.01. Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ existența în ROF a obligației obținerii consimțământului informat de către personalul medical
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora (în special pentru pacienții inconștienți fără aparținători, pacienți fără discernământ, pacienți psihiatrici, pacienți aflați sub incidența codului penal etc.)
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de implicare a pacientului în procesul de învățământ medical (pentru USP în care se face pregătirea studenților la medicină, a asistenților medical din postliceală sau facultăți de asistenți și moașe)

**Vizită:**

- ✓ existența consimțământului informat al pacientului privind investigațiile și tratamentele recomandate (atașat FO trebuie să existe CI general la internarea pe secție și CI separate pentru diversele investigații și tratamente cu risc pentru pacient - manevre invazive, tratament medicamentos cu risc înalt, iradiere etc)

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de obținere a consimțământului informat și în ce situații este solicitat
- ✓ cum se procedează dacă nu este posibil de obținut consimțământului informat



**03.01.01.02. Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.**

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ 2-3 evaluări ale personalului cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat de la pacient

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt vulnerabilitățile identificate de către USP cu privire la obținerea consimțământului informat de la pacient
- ✓ care sunt datele de analizat pentru evaluarea personalului cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat de la pacient, care este periodicitatea evaluării acestora

***Datele utilizate pentru evaluarea indicatorilor numerici sunt stabilite în urma aplicării chestionarului ANMCS de satisfacție a pacienților.***



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

**Vizită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instructajelor cu privire la vulnerabilitățile identificate de către USP în obținerea consimțământului informat de la pacient

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ dovada efectuării instructajelor cu privire la vulnerabilitățile identificate de către USP în obținerea consimțământului informat de la pacient, respectarea planificării instructajelor
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză a vulnerabilităților identificate de către USP în obținerea consimțământului informat de la pacient

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt vulnerabilitățile identificate de către USP în obținerea consimțământului informat de la pacient
- ✓ care sunt datele de analizat pentru identificarea vulnerabilităților de către USP cu privire la obținerea consimțământului informat de la pacient, care este periodicitatea evaluării acestora, ce măsuri au fost implementate în urma analizei(dacă a fost cazul)



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific, spitalul îndeplinește **activități**, care pot fi adevărate prin:



#### 03.01.02.01. Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.

##### Previzită:

###### Ce trebuie vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți
- ✓ reglementarea cu privire la situațiile în care nu se comunică pacientului starea sa de sănătate (datorită riscului de suicid, depresie etc.)
- ✓ reglementarea cu privire la accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții în scop de cercetare, studii, analize, documentare etc.

##### Vizită:

###### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ FO
- ✓ 2-3 evaluări periodice ale personalului cu privire la respectarea normelor etice și a prevederilor legale despre confidențialitatea datelor medicale ale pacienților

###### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ decizia pacientului atașată FO referitoare la accesul familiei/ aparținătorilor la datele sale medicale

###### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care este modalitatea de comunicare a datelor medicale către terți
- ✓ care sunt situațiile în care nu se comunică pacientului starea sa de sănătate
- ✓ în ce condiții se realizează accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare
- ✓ care sunt datele de analizat pentru evaluarea personalului cu privire la respectarea normelor etice și a prevederilor legale despre confidențialitatea datelor medicale ale pacienților, care este periodicitatea evaluării acestora, ce măsuri au fost implementate în urma analizei(dacă a fost cazul)



#### 03.01.02.02. Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.

##### Vizită:

###### Ce trebuie să ceară evaluatorul?

- ✓ planificarea instructajelor privind vulnerabilitățile identificate de către USP cu privire la confidențialitatea datelor pacienților
- ✓ 2-3 rapoarte de analiză ale vulnerabilităților identificate de către USP cu privire la confidențialitatea datelor pacienților

###### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ dovada efectuării instructajelor privind vulnerabilitățile identificate de către USP cu privire la confidențialitatea datelor pacienților, respectarea planificării

### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ care sunt vulnerabilitățile identificate de către USP cu privire la confidențialitatea datelor pacienților
- ✓ care sunt datele de analizat pentru evaluarea vulnerabilităților identificate de către USP cu privire la confidențialitatea datelor pacienților, care este periodicitatea evaluării acestora, ce măsuri au fost implementate în urma analizei(dacă a fost cazul)

### 03.02. Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților.



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

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



#### 03.02.01.01. Spitalul reglementează prevenirea discriminării.

##### Previzită:

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ reglementarea cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului din motive discriminatorii
- ✓ existența în ROF a prevederilor privind acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale indiferent de vârstă, sex, rasă, etnie, religie, naționalitate, condiție socială, ideologie politică sau orice alt motiv, în timp de pace, precum și în timp de război

##### Vizită:

- ✓ FO/documente medicale

##### Ce trebuie să vadă evaluatorul?

- ✓ în FO/documente medicale există motivația deciziei de încetare a furnizării asistenței medicale

##### Ce trebuie să întrebe evaluatorul?

- ✓ cum este aplicat principiul nediscriminării în acordarea asistenței medicale în USP



### **03.02.01.02. Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la activitatea Consiliului Etic de la nivelul USP (inclusiv pentru USP private)

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ nomenclatorului arhivistic al USP

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ decizii care se bazează pe analizele Consiliului Etic al USP (la aceste analize se face referire în preambulul deciziei, fiind menționat documentul înregistrat și datat) nomenclatorul arhivistic al spitalului este actualizat cu includerea documentelor rezultate din activitatea Consiliului etic (nomenclatorul arhivistic trebuie să existe și să fie aprobat dinaintea perioadei vizitei de evaluare)

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este constituit consiliul etic
- ✓ cum este desfășurată activitatea consiliului etic



### **03.02.02. Spitalul asigură accesul la informațiile medicale personale.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **03.02.02.01. Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/împuțerniciților documentele medicale solicitate.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii care avizează/eliberează documente medicale către pacienți/ aparținători/ împuțerniciți

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la condițiile specifice de eliberare a documentelor solicitate de către pacienți/aparținători/împuțerniciți

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării instruirilor personalului care avizează/ eliberează documente medicale către pacienți/ aparținători/ împuțerniciți

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ în ce condiții se eliberează documente către pacienți/ aparținători/ împuțerniciți



**03.02.02.02. Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii cu privire la modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către instituții/autorități

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către instituții/autorități

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării instruirilor cu privire la protecția datelor cu caracter personal

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către instituții/autorități



**03.02.03. Spitalul asigură condiții pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicală.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**03.02.03.01. Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.**

Pentru îndeplinirea standardului "Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale", cerința trebuie să acopere următoarele condiții:

**Previzită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de asigurare pentru "a doua opinie medicală" solicitată de pacient, de la medici care nu sunt angajați ai USP, pentru interpretarea rezultatelor investigațiilor
- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de asigurare pentru "a doua opinie medicală" solicitată de pacient, de la medici care nu sunt angajați ai USP, pentru consultul medico-chirurgical de specialitate

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de asigurare pentru "a doua opinie medicală" solicitată de pacient, de la medici care nu sunt angajați ai USP, pentru interpretarea rezultatelor investigațiilor
- ✓ care este modalitatea de asigurare pentru "a doua opinie medicală" solicitată de pacient, de la medici care nu sunt angajați ai USP, pentru consultul medico-chirurgical de specialitate



### **03.02.03.02. Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajați ai spitalului.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ rapoarte de analiză a cazurilor în care a fost solicitată "a doua opinie medicală"
- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ este respectată planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele de analizat pentru cazurile în care a fost solicitată "a doua opinie, periodicitatea de colectare a datelor și care sunt indicatorii care măsoară eficacitatea și eficiența solicitărilor unei "a doua opinie medicale"



### **03.02.04. Spitalul este preocupat de protecția pacienților în relația cu mediul extern.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **03.02.04.01. Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la accesul mass-media la pacienți

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ lista reporterilor acreditați
- ✓ FO

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea reglementării cu privire la accesul mass-media la pacienți
- ✓ acord al pacientului pentru accesul mass-media la informațiile sale este atașat la FO

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost solicitări ale mass-media de a interacționa/solicita informații despre pacienții USP – cum au procedat



### **03.02.04.02. Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul de pază

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ se verifică dacă în incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza, conform planului de pază
- ✓ funcționarea reglementării cu privire la modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ au fost incidente legate de accesul persoanelor neautorizate în USP, cum au procedat



### **03.02.05. Spitalul reglementează înregistrarea audio/foto/video a pacienților în scop medical/didactic/de cercetare și pentru evitarea acuzațiilor de malpraxis.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **03.02.05.01. Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului
- ✓ FO

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării instruirilor privind condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului
- ✓ motivarea în FO a înregistrării pacientului în situația suspectării unei culpe medicale
- ✓ înregistrarea pacientului este atașată la FO, în situația suspectării unei culpe medicale



### **03.02.05.02. Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului

#### **Vizită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ FO

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării instruirilor privind condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului
- ✓ existența consimțământului pacientului cu privire la înregistrarea sa în scop medical, didactic și de cercetare
- ✓ înregistrarea pacientului este atașată la FO

##### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului



### **03.03. Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării.**



### **03.03.01. Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competență deținută în cadrul specialității.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



### **03.03.01.01. Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.**

#### **Previzită:**

##### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ statul de funcții
- ✓ liniile de gardă

##### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu
- ✓ structura USP, autorizația sanitară de funcționare a USP
- ✓ organigrama USP

- ✓ există necesarul de medici de specialitate în limita de competență asumată prin autorizarea de funcționare a USP
- ✓ există personal medical care să asigure continuitatea serviciului medical pentru serviciile medicale autorizate

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care este modalitatea de verificare periodică a concordanței între serviciile medicale autorizate ale USP și competența resurselor umane existente



**03.03.01.02. Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planul anual de formare/dezvoltare profesionale

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ pregătirea continuă planificată a personalului medical respectă păstrarea limitei de competență profesională a personalului necesară desfășurării activității medicale asumate

**Vizită:**

**Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt datele de analizat privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului, care este periodicitatea colectării acestora și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea eficacității respectării limitei de competență profesională



**03.03.02. Depășirea limitelor competenței este permisă în interesul pacientului.**

Pentru îndeplinirea obiectivului specific spitalul desfășoară activități demonstrate de dovezi sugerate, indicate de:



**03.03.02.01. Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.**

**Previzită:**

**Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ reglementarea cu privire la modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil

**Vizită:**

**Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ respectarea planificării instruirilor privind condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului

### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ cum este asigurată acordarea asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil
- ✓ ce înseamnă depășirea competențelor în acest caz - medici de alte specializări, stabilirea liniilor de gardă, medici rezidenți, personal cu altă pregătire care realizează operațiuni medicale etc.



### **03.03.02.02. Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.**

#### **Previzită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii

#### **Vizită:**

#### **Ce trebuie să ceară evaluatorul?**

- ✓ situațiile stabilite de USP, în care este permisă depășirea competențelor
- ✓ FO

#### **Ce trebuie să vadă evaluatorul?**

- ✓ este respectată planificarea instruirilor periodice realizate la nivelul USP/structurii
- ✓ consemnarea în FO a situațiilor în care a fost depășită competența
- ✓ analizele periodice a situațiilor în care a fost depășită competența profesională
- ✓ sunt stabilite specialitățile și gradul profesional pentru care este permisă depășirea competențelor medicale, în limitele protocoalelor de practică

#### **Ce trebuie să întrebe evaluatorul?**

- ✓ care sunt situațiile în care este permisă depășirea competențelor
- ✓ care sunt datele de analizat privind situațiile în care este permisă depășirea competențelor, care este periodicitatea colectării acestora și care sunt indicatorii stabiliți pentru măsurarea eficacității respectării acestora

## 5. INDICATORI UTILIZAȚI ÎN EVALUARE

Indicatorii reprezintă instrumentele utilizate pentru măsurarea:

- unei caracteristici sau a unei variabile specifice pentru o anumită problemă
- conformității cu cerințele" (Crosby)
- gradului de îndeplinire a activității (C), pentru atingerea obiectivului specific (Cr), în vederea satisfacerii obiectivului general (S)

Clasificare indicatori:

- din punct de vedere al agregării:
  1. indicatori analitici sau simpli ai calității
  2. sintetici ai fiecărei grupe de caracteristici
  3. indicatorul complex, integral al nivelului calității – indicatori agregați/compoziți
- din punct de vedere al descrierii unui proces:
  1. Indicatori de acces
  2. Indicatori de structură
  3. Indicatori de proces
  4. Indicatori de rezultat

Indicatorii de acces evaluează măsura în care pacienții primesc îngrijiri de sănătate corespunzătoare și la timp (ex: internări posibil evitabile, de exemplu, prin imunizare etc).

Indicatorii de structură: informații legate de clădiri, mediu, infrastructură, organizație, servicii de suport, farmacie, laborator, tehnologie, resurse umane, expertiză, abilități ale personalului, proceduri informaționale.

Indicatorii de proces evaluează un serviciu de sănătate furnizat unui pacient. De obicei se referă la compliance pacienților la medicație sau recomandări, putând identifica și mai bine nivelul la care sunt necesare intervențiile (ex: procent de pacienți satisfăcuți de tratament, procent de pacienți ce au necesitat schimbarea tratamentului, nașteri prin cezariană fără indicație etc.) .

Indicatorii de rezultat se referă la starea de sănătate a unui pacient căruia i-au fost acordate îngrijiri de sănătate (ex: procent de pacienți cu infecții postoperatorii, procent de pacienți cu recidive etc.)

- de evaluare și monitorizare a unui proces
  1. Indicatori calitativi
  2. Indicatori cantitativi

Indicatori calitativi măsoară conformarea cu o cerință (fenomenul observat raportat la standard).

Indicatori cantitativi reprezintă ținte, valoarea indicatorilor reflectă nivelul de îndeplinire raportat la valoarea de referință măsurată – valori corect măsurate.

## CARACTERISTICI GENERALE

Indicatori de eligibilitate - a caror neconformitate atrage nedeclanșarea procesului de evaluare

Conformitatea indicatorului este rezultatul a doua procese: *EVALUARE* și *VALIDARE*.

<i>EVALUARE</i>	<i>VALIDARE</i>
-----------------	-----------------

previzită	previzită
-----------	-----------

previzită	vizită
-----------	--------

vizita	vizită
--------	--------

vizită	postvizită
--------	------------

Indicatori evaluați la interviu și validați la observare directă.

Aplicarea indicatorilor are loc pentru fiecare amplasare.

Indicatori critic - a caror neconformitate atrage întreruperea vizitei de evaluare

Indicatorii măsoară continuitatea proceselor desfășurate în unitatea spitalicească, NU structurile spitalului – serviciile externalizate prin contractarea lor externă sunt evaluate prin aplicarea indicatorilor la:

- prevederile contractuale
- monitorizarea desfășurării contractului de către spital

Indicator alternativ – alta modalitate de îndeplinire a cerinței

Cum se construiește un indicator de calitate?

Pentru construirea unui indicator sunt necesari următorii pași:

- descrierea cât mai exactă a fenomenului ce se dorește măsurat;
- identificarea aspectelor măsurabile în fenomenul descris;
- descrierea indicatorului;
- stabilirea formulei de calcul; -determinarea sursei de informații pentru numărător și numitor;
- definirea limitelor superioară și inferioară pentru indicatorul construit.

Indicatorii formulați trebuie să fie SMART:

- clari
- simpli
- reproductibili
- măsurabili
- relevanți

## 5.1. Modalități generale de validare a indicatorilor

### Modalități de validare

- Indicatorii sunt validați prin prezentarea unui document (actualizat).
- Indicatorii sunt validați prin liste de verificare (pot cuprinde set de date/documente).
- Indicatorii sunt validați prin analiza proceselor
- Indicatorii sunt validați prin observare directă

Pentru indicatorii care fac referire la analiză, reglementare, protocol sau indicatori numerici, condițiile generale de validare, dar care **sunt adaptate în funcție de particularitatea conținutului indicatorului** sunt următoarele:

### Analiză

Ca indicatorul să fie validat trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

1. Există concordanță între titlul analizei și conținutul acesteia.
2. Interlocutorul poate justifica necesitatea efectuării analizei .
3. Este stabilit și comunicat setul de date necesare întocmirii analizei.
4. Există raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.
5. Există dovada transmiterii raportului de analiză către părțile interesate.

### Reglementare

Ca indicatorul să fie validat trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

1. Există concordanță între titlul reglementării și conținutul acesteia.
2. Interlocutorul poate justifica necesitatea elaborării reglementării.
3. Reglementarea se regăsește ca modalitate de diminuare a riscului cuprins în registrul riscurilor.
4. Reglementarea este formalizată.
5. Există precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acesteia
6. Există indicatori de eficacitate și eficiență
7. Pentru calcularea indicatorilor, fiecare reglementare are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
8. Reglementarea este implementată ("fac ce au scris").
9. Există analiză a:
  - a. eficacității, minim la 1 an.
  - b. riscului rezidual obținut comparativ cu riscul rezidual estimat, la 1 an
10. Raportul de analiză cuprinde concluzii și propuneri de menținere, revizuire, reeditare sau abrogare a reglementării, după caz.
11. Există transmiterea către părțile interesate a raportului de analiză(consiliu medical, managementul spitalului etc.)



## Protocol

Ca indicatorul să fie validat trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

1. Există concordanță între titlul protocolului și conținutul acestuia.
2. Interlocutorul poate justifica necesitatea elaborării protocolului.
3. Există precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora
4. Există indicatori de eficacitate și eficiență
5. Pentru calcularea indicatorilor sunt stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date
6. Există referințe bibliografice specificate
7. Protocolul este formalizat (inclusiv viza consiliului medical).
8. Protocolul este implementat ("fac ce au scris").
9. Există analiză a:
  - 9.1. eficacitate, minim la 1 an.
  - 9.2. cazurilor de abatere de la protocol.
10. Raportul de analiză cuprinde concluzii și propuneri de mentinere, revizuire, reeditare sau abrogare a protocolului, după caz.
11. Există transmiterea către consiliul medical a raportului de analiză.

Pentru aceștia, evaluatorul consemnează la rubrica observații, care din punctele menționate nu sunt îndeplinite.

## Indicatori numerici

Pentru validarea **indicatorilor numerici**, în vizită evaluatorul:

- ✓ întreabă care au fost datele care au stat la baza calculului acelor indicatori,
- ✓ întreabă cum sunt înregistrate acele date (se aleg 3 situații/exemple pentru a se convinge că datele se înregistrează în timp real)
- ✓ întreabă care este periodicitatea de colectare a datelor
- ✓ întreabă cum sunt calculați indicatorii solicitați
- ✓ întreabă dacă există o modalitate stabilă și respectată de autocontrol a corectitudinii de înregistrare a datelor
- ✓ consemnează la rubrica observații a indicatorului numeric toate constatările

**Atenție! Dacă datele nu sunt înregistrate în timp real sau modalitatea de calcul nu este corectă, nu se validează indicatorii numerici!**

**Toți indicatorii la care a fost bifată căsuța de NU/NA trebuie justificat punctul de vedere al evaluatorului!**

## 5.2. Teme și indicatori critici

**Indicatorul critic** este indicatorul a cărui neîndeplinire reprezintă un risc major pentru siguranța pacienților, vizitatorilor, personalului sau mediului și determină întreruperea vizitei de evaluare.

Indicatorii critici privind siguranța pacientului trebuie să fie îndepliniți în proporție de 100%.

Ei sunt evaluați în orice moment al vizitei, de către oricare dintre evaluatori, iar neîndeplinirea lor poate conduce la întreruperea vizitei de evaluare.

Temele și indicatorii critici privind siguranța pacientului sunt prezentați mai jos:

### **Tema 1.** Prevenirea contaminării pacientului și a personalului

Indicatori critici

1. Transferul pacientului între salon și blocul operator respectă condițiile de prevenire a contaminării.
2. Nu este posibil accesul persoanelor neautorizate în blocul operator.
3. Nu este posibil accesul persoanelor neautorizate în ATI.
4. Nu este posibil accesul persoanelor neautorizate în secția de neonatologie.

### **Tema 2.** Siguranța sângelui și a produselor din sânge

Indicator critic

1. Există dotarea necesară și dovada trasabilității sângelui și a produselor din sânge.

### **Tema 3.** Funcționalitatea și igiena spațiilor

Indicatori critici

1. Spațiile nu prezintă deteriorări sau infiltrații de la instalațiile de apă.
2. Grupurile sanitare utilizate sunt funcționale și curate.

### **Tema 4.** Securitatea și securizarea zonelor cu risc

Indicatori critici

1. Nu este posibil accesul persoanelor neautorizate la panourile electrice.
2. Nu este posibil accesul persoanelor neautorizate la sursele de oxigen.
3. Depozitarea deșeurilor pe categorii respectă reglementările în vigoare emise de către Ministerul Sănătății.

## 6. EVALUATORI

### 6.1. Definiție și rolul evaluatorului

**Evaluator de servicii de sănătate** - persoana fizică, specializată în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, care a obținut, în condițiile legii, certificatul de absolvire a programului de formare și perfecționare pentru evaluatori de servicii de sănătate sau evaluatori de spitale, după caz.

**Rolul evaluatorului** este de a verifica și apoi de a cuantifica conformitatea calității serviciilor din spital, în raport cu standardele aprobate, pe baza unui număr de indicatori.

### 6.2. Atribuțiile evaluatorului

Pentru îndeplinirea misiunii sale, A.N.M.C.S. folosește, pe bază de contracte civile încheiate potrivit Legii nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, evaluatori de servicii de sănătate. Comisiile de evaluare în vederea acreditării sunt structuri constituite din evaluatori de servicii de sănătate pentru fiecare unitate sanitară, în funcție de dimensiunea, specificul și complexitatea acesteia, în baza metodologiei de constituire a comisiilor de evaluare elaborate de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și aprobate conform prevederilor art. 11 alin. (10) lit. c) din Legea 185 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate. Comisiile de evaluare în vederea acreditării se numesc prin ordin al președintelui A.N.M.C.S.

Atribuțiile evaluatorului membru în cadrul unei comisii de evaluare constau în parcurgerea tuturor etapelor - previzita, vizita propriu-zisă și postvizita - prevăzute la art. 5 din Procedura și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor, aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor, și includ următoarele:

a) comunicarea cu spitalul și elaborarea raportului privind conformitatea documentelor obligatorii solicitate (DOS) și a documentelor suplimentare (DS);

b) elaborarea programului vizitei de evaluare și comunicarea acestuia spitalului;

c) participarea la ședințele de pregătire a vizitelor, ședințe convocate de către A.N.M.C.S., precum și la ședințele stabilite de comisia de evaluare necesare realizării livrabilelor prevăzute în contractul de prestări servicii încheiat cu A.N.M.C.S.;

d) participarea la vizita propriu-zisă de evaluare a spitalului și îndeplinirea obiectivelor specifice care îi revin în cadrul comisiei de evaluare, prin utilizarea tehnicilor și aplicarea instrumentelor de colectare a datelor și prin aprecierea proceselor care au loc în cadrul spitalului;

e) elaborarea proiectului raportului de evaluare, fiecărui evaluator revenindu-i obligația de a nota în proiectul raportului propriile concluzii intermediare și de a arhiva documentele elaborate sau primite în timpul etapei de evaluare, pe care le predă către A.N.M.C.S. împreună cu raportul de evaluare; transmiterea către spitalul evaluat și către A.N.M.C.S. a proiectului raportului de evaluare, asumat sub semnătură;

f) elaborarea raportului de evaluare și comunicarea acestuia, asumat prin semnătură, către A.N.M.C.S. și spitalul evaluat;

g) disponibilitatea permanentă pentru a oferi lămuriri legate de datele și informațiile culese și transmise A.N.M.C.S. în cadrul evaluării spitalului care face obiectul prestării de servicii;

h) alte activități necesare, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 446/2017 și normelor și procedurilor aprobate prin ordin al Președintelui A.N.M.C.S.

### 6.2.1. Calitățile evaluatorului

- ✓ Bun observator
- ✓ Cunoscător al legislației aplicabile în domeniu
- ✓ Înțelege organizarea/desfășurarea proceselor în spital
- ✓ Bun comunicator cu un interlocutor/grupuri de persoane
- ✓ Organizator al timpului propriu
- ✓ Capacitate de lucru în echipă
- ✓ Capacitate de sinteză
- ✓ Capacitate de analiză
- ✓ Flexibilitate
- ✓ Punctualitate.

### 6.2.2. Obligațiile și responsabilitățile evaluatorului

- ✓ să înțeleagă și să aplice standardele A.N.M.C.S. în evaluarea obiectivă a spitalului;
- ✓ să înțeleagă și să sprijine misiunea A.N.M.C.S. și obiectivele acesteia;
- ✓ să participe la cursurile inițiate de A.N.M.C.S.;
- ✓ să cunoască, să respecte și să aplice „Codul de conduită”;
- ✓ să fie permanent la curent cu standardele, serviciile și politicile naționale de sănătate;
- ✓ să păstreze confidențialitatea informațiilor la care are acces în desfășurarea activității de evaluare;
- ✓ să elaboreze rapoartele de evaluare și să le trimită coordonatorului evaluării în timpul alocat și în formatul cerut;
- ✓ să promoveze necesitatea de acreditare și de calitate în îngrijirile de sănătate atât în cadrul organizației din care provine cât și la nivelul mai larg al comunității medicale;
- ✓ să fie la curent cu ultimele informații din cadrul sistemului de îngrijiri de sănătate, din practica clinică, activitățile de îmbunătățire a calității, strategiile manageriale, noile standarde și alte subiecte relevante pentru acest domeniu;
- ✓ să evalueze performanța spitalului fără prejudecăți și folosindu-se de buna sa cunoaștere a standardelor precum și de experiența sa în domeniu;
- ✓ să-și îmbunătățească continuu abilitățile și cunoștințele în managementul calității în sănătate;
- ✓ să respecte regulile spitalului atunci când se află în incinta acestuia și desfășoare activitatea de evaluare;
- ✓ să seteze telefoanele mobile pe modul silențios în timpul ședințelor (de deschidere, zilnice de informare, de închidere) precum și pe timpul aplicării listelor de verificare, a chestionarelor și a interviurilor;
- ✓ să utilizeze eficient timpul alocat evaluării;
- ✓ să participe la toate activitățile comune ale comisiei de evaluare;
- ✓ să prezinte doar acele opinii asupra cărora comisia de evaluare a ajuns la un consens; să nu dezaprobe în public ceilalți membri ai echipei de evaluare, în ședințele sau discuțiile cu reprezentanții unității sanitare evaluate.

### 6.3. Formarea evaluatorului

Formarea evaluatorilor de servicii de sănătate se realizează prin cursuri organizate pe categorii de activități, în funcție de necesitățile A.N.M.C.S., de către S.N.S.P.M.P.D.S.B. sau alți furnizori de formare recunoscuți de către A.N.M.C.S.

Înscrierea la cursul de formare a evaluatorilor specializați în evaluarea spitalelor se face cu respectarea a cel puțin unuia dintre următoarele criterii:

a) să fie absolvent de studii superioare cu diplomă/licență recunoscută pe teritoriul Uniunii Europene în domeniile: medicină generală sau asistență medicală (inclusiv fiziokinetoterapie) ori să fie asistent medical principal cu vechime neîntreruptă în muncă de minimum 5 ani;

b) să fie absolvent al unui masterat sau doctorat în management sanitar sau sănătate publică, organizat într-o instituție de învățământ superior acreditată, potrivit legii;

c) să fie absolvent al unor cursuri de perfecționare în management sanitar sau sănătate publică, agreeate de către Ministerul Sănătății și stabilite prin ordin al ministrului sănătății;

d) în cazul absolvenților de studii superioare cu diplomă/licență în domeniile: biologie, biochimie, farmacie, fizică, matematică, psihologie, economic, juridic, tehnic, informatică și/sau comunicații, să aibă experiență contractuală de minimum 2 ani în administrația publică din sănătate sau în sectorul spitalicesc public sau privat, dovedită prin documente.

Se pot înscrie la programul de formare a evaluatorilor de servicii de sănătate doar persoanele care au capacitate deplină de exercițiu.

Promovarea probei de tehnoredactare computerizată este obligatorie pentru admiterea în programul de formare a evaluatorilor de servicii de sănătate.

Absolvirea programului de formare a evaluatorilor de servicii de sănătate este recunoscută printr-un certificat de absolvire eliberat de către S.N.S.P.M.P.D.S.B. sau alți furnizori de formare recunoscuți de către A.N.M.C.S. și reprezintă condiție obligatorie în vederea atestării ca evaluator al A.N.M.C.S.

#### 6.4. Registrul evaluatorilor

Registrul A.N.M.C.S. al evaluatorilor de servicii de sănătate, denumit în continuare Registrul evaluatorilor - document cumulativ constituit din registrele evaluatorilor A.N.M.C.S. prevăzute la art. 2 lit. m) din Legea nr. 185/2017, care conține în format letric și electronic, pe categorii de activități, totalitatea informațiilor prin care se ține evidența evaluatorilor atestați, a celor suspendați și a celor inactivi, a activității acestora, precum și evidența evaluatorilor excluși.

Registrul evaluatorilor este organizat, în funcție de categoriile de activități, în două părți distincte:

- a) Registrul evaluatorilor specializați în evaluarea spitalelor;
- b) Registrul evaluatorilor specializați în evaluarea unităților sanitare din ambulatoriu.

(2) Fiecare parte are trei secțiuni:

- a) secțiunea "Evaluatori activi", în cadrul căreia există o subsecțiune a evaluatorilor suspendați;
- b) secțiunea "Evaluatori inactivi";
- c) secțiunea "Evaluatori excluși".

**Înscrierea în Registrul evaluatorilor**, în una dintre părțile acestuia prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. a) și b), se face în termen de maximum 6 luni de la absolvirea cu cel puțin nota 8.00 a programului de formare pentru evaluatorii de servicii de sănătate, prin completarea unei cereri-tip, însoțită de copii ale certificatului de absolvire sau ale adeverinței de absolvire a programului de formare, ale cărții de identitate, de certificatul de cazier judiciar care să ateste că nu a fost condamnat pentru infracțiuni care atrag nedemnitatea, de declarația referitoare la incompatibilități și conflict de interese, precum și de formularul de acord cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Înscrierea la mai mult de 6 luni de la absolvirea cursului de formare, reînscriserea evaluatorilor excluși și emiterea atestatului la trecerea evaluatorului inactiv în secțiunea "Evaluatori activi" se fac prin completarea unei cereri-tip, însoțită de copii ale certificatului de absolvire a cursului de perfecționare, ale cărții de identitate, de certificatul de cazier judiciar care să ateste că nu a fost condamnat pentru infracțiuni care atrag nedemnitatea, de declarația referitoare la incompatibilități și conflict de interese, precum și de formularul de acord cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Menținerea în secțiunea "Evaluatori activi" impune îndeplinirea cumulativă a următoarelor condiții minimale:

- a) existența atestatului valabil, cu vizele anuale la zi;
- b) promovarea cursului de perfecționare cu minimum nota 8.

Evaluatorii au obligația anunțării modificărilor referitoare la starea acestora de compatibilitate, în termen de maximum 15 zile lucrătoare de la data survenirii modificărilor.

**Suspendarea evaluatorului activ** reprezintă trecerea temporară a acestuia, pe o perioadă de maximum 6 luni, în subsecțiunea "Evaluatori suspendați". Pentru suspendări mai mari de 6 luni, evaluatorul suspendat este trecut în "Secțiunea evaluatori inactivi".

Suspendarea evaluatorului activ poate surveni în următoarele situații:

- a) neparticiparea conform programării la cursul de perfecționare, pe perioada dintre data planificată și cea reprogramată;
- b) nesuținerea examenului de absolvire a cursului de perfecționare sau nepromovarea acestuia, până la susținerea examinării, respectiv a reexaminării;
- c) neobținerea vizelor anuale la termenele stabilite;
- d) săvârșirea unei abateri sancționate cu suspendarea, conform codului de conduită a evaluatorilor;
- e) în cazul în care A.N.M.C.S. a sesizat organele competente cu privire la săvârșirea de către evaluator a unor fapte care pot constitui infracțiuni sau acesta a fost trimis în judecată pentru fapte penale care îl fac incompatibil cu desfășurarea activității de evaluare de servicii de sănătate, până la rămânerea definitivă a hotărârii judecătorești;
- f) la cerere, în condițiile alin. (1), în caz de indisponibilitate temporară pentru activitatea de evaluare (boală, concediu de creștere copil sau alte situații prevăzute de lege).

Pe perioada suspendării, evaluatorul este obligat să respecte toate condițiile de menținere a atestatului, la fel ca evaluatorii activi.

**Încetarea suspendării** evaluatorilor activi ai A.N.M.C.S. se produce în următoarele situații:

- a) promovarea reexaminării în vederea absolvirii cursului de perfecționare în sesiunea ulterioară celei în care au fost declarați respinși;
- b) promovarea reexaminării în sesiunea suplimentară, pentru evaluatorii care au participat la ultima serie a cursului de perfecționare sau care, din motive justificate, invocate o singură dată în cursul unui P.Ev., nu se pot prezenta la sesiunea ulterioară celei în care au fost declarați respinși;
- c) obținerea vizei anuale până la expirarea termenului de suspendare survenită în condițiile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. c);
- d) expirarea termenului, în cazul suspendării survenite ca urmare a unor abateri prevăzute și sancționate conform codului de conduită a evaluatorilor;
- e) trecerea în secțiunea "Evaluatori inactivi";
- f) excluderea din Registrul evaluatorilor.

În **secțiunea evaluatori inactivi** a Registrului evaluatorilor sunt înscrși evaluatorii care se găsesc în oricare dintre următoarele situații și nu pot face parte din comisiile de evaluare a unităților sanitare în vederea acreditării:

- a) incompatibilitate față de desfășurarea activităților de evaluare a unităților sanitare, prevăzute de lege sau în codul de conduită a evaluatorului;
- b) sunt suspendați din activitatea de evaluare pentru o perioadă mai mare de 6 luni.
- c) Excluderea evaluatorilor A.N.M.C.S. constă în trecerea acestora în secțiunea "Evaluatori excluși" și poate surveni în următoarele situații:
- d) deși au fost notificați de către A.N.M.C.S., nu s-au înscris la nicio serie comunicată a cursului de perfecționare la care au fost programați;
- e) deși s-au înscris la cursul de perfecționare în una dintre seriile comunicate ale acestuia, conform programării, nu au promovat testul de tehnoredactare computerizată;
- f) deși au participat la cursul de perfecționare în seria în care au fost programați, nu au susținut examenul de absolvire a cursului nici în respectiva sesiune de examinare, nici în sesiunea ulterioară celei la care au participat și nici în sesiunea suplimentară, organizată în condițiile art. 7 alin. (1) alin. (1) lit. b);
- g) nu au promovat cursul de perfecționare nici în urma susținerii sesiunii de reexaminare;
- h) nu au obținut viza anuală până la expirarea termenului de suspendare survenită în condițiile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. c).

De asemenea, evaluatorii sunt excluși în următoarele situații:

- a) în urma emiterii de ordine de excludere emise de președintele A.N.M.C.S., în cazul săvârșirii de abateri prevăzute în codul de conduită a evaluatorilor;
- b) la data rămânerii definitive a hotărârilor judecătorești de condamnare a acestora, pentru fapte penale care atrag nedemnitățile și îi fac incompatibili cu desfășurarea activității de evaluare de servicii de sănătate.

## 6.5. Perfecționarea evaluatorului

Programul de perfecționare pentru evaluatorii de servicii de sănătate, denumit în continuare P.Ev. - reprezintă parcurgerea de către evaluatori a etapelor de instruire teoretică și practică și de examinare, în vederea menținerii în Registrul evaluatorilor.

P.Ev. constă în monitorizarea anuală, în baza căreia se obțin vizele anuale ale atestatului și în absolvirea cursurilor de perfecționare, organizate după cum urmează:

- a) monitorizarea evaluatorilor - supravegherea continuă a menținerii de către evaluatori a nivelului minim de cunoștințe teoretice și abilități practice necesare pentru activitatea de evaluare;
- b) curs de perfecționare - curs organizat în colaborare cu S.N.S.P.M.P.D.S.B., cu scopul actualizării cunoștințelor evaluatorilor;

Cursul de perfecționare a evaluatorilor se organizează, de regulă, o dată pe an, în mai multe serii, în funcție de numărul participanților, ultima serie organizându-se nu mai târziu de luna octombrie a anului respectiv. Planificarea evaluatorilor în vederea parcurgerii cursului poate fi făcută de către A.N.M.C.S. în oricare dintre anii intervalului de valabilitate a atestatului de evaluator, în funcție de criteriile decise de către A.N.M.C.S., cum ar fi: modificări legislative survenite, cerințe apărute ulterior, modificări ale metodologiei de evaluare, performanțele evaluatorului etc.

În urma parcurgerii diferitelor programe de pregătire și a altor activități adiacente celei de evaluator, precum și a evaluării activității acestuia în relația contractuală cu A.N.M.C.S., evaluatorul obține puncte de formare continuă (denumite în continuare P.F.C.)

Punctele de formare continuă (P.F.C.) sunt obligatorii și pot fi obținute de evaluatori în urma parcurgerii diferitelor programe de pregătire și a altor activități adiacente celei de evaluator, precum și a evaluării activității acestuia în relația contractuală cu A.N.M.C.S., cum sunt:

- a) participarea la cursurile de perfecționare, în conformitate cu legislația A.N.M.C.S.;
- b) participarea la manifestări științifice, cu tematici diferite, organizate de A.N.M.C.S. sau la care A.N.M.C.S. este coorganizator sau partener instituțional;
- c) participarea la manifestări științifice creditate de către A.N.M.C.S.;
- d) participarea la manifestări științifice internaționale pe tema managementului sanitar sau a managementului calității în sănătate;
- e) realizarea, în calitate de autor principal a unor lucrări prezentate în cadrul manifestărilor științifice;
- f) publicarea unor articole în domeniul managementului calității în sănătate în publicații naționale sau internaționale de specialitate;
- g) absolvirea de cursuri organizate de către furnizori de formare în management sanitar sau managementul calității în sănătate, recunoscuți de către A.N.M.C.S.;
- h) absolvirea unor studii masterale în domeniul managementului sanitar sau al managementului calității;
- i) realizarea studiilor doctorale în domeniul managementului sanitar sau al managementului calității;
- j) participarea ca voluntari în cadrul acțiunilor organizate de către A.N.M.C.S.

Evaluatorii trebuie să acumuleze cel puțin 40 P.F.C. în decursul a 12 luni de la ultima viză, dar nu mai puțin de 30 de puncte pentru pregătirea teoretică și nu mai puțin de 7 puncte pentru activitatea practică.

## 6.6. Conduita evaluatorului

Principiile care guvernează conduita profesională a evaluatorilor sunt următoarele:

- a) prioritatea interesului public - principiul conform căruia evaluatorii au îndatorirea de a considera interesul public mai presus decât interesul personal, în exercitarea prevederilor contractuale;
- b) asigurarea egalității de tratament a cetățenilor/organizațiilor/ instituțiilor în fața autorităților și instituțiilor publice - principiul conform căruia evaluatorii au îndatorirea de a aplica același regim juridic în situații identice sau similare;
- c) profesionalismul - principiul conform căruia evaluatorii au obligația de a îndeplini prevederile contractuale cu responsabilitate, eficiență și conștiinciozitate, să-și cunoască limitele competențelor și să se limiteze numai la acestea;
- d) imparțialitatea, independența și nediscriminarea - principiul conform căruia evaluatorii sunt obligați să aibă o atitudine obiectivă, lipsită de prejudecăți, neutră față de orice interes politic, economic, religios sau de altă natură, în exercitarea funcției deținute;
- e) integritatea morală - principiul conform căruia evaluatorilor le este interzis să solicite sau să accepte vreun avantaj, direct ori indirect, pentru ei sau pentru alții, ori să abuzeze în vreun fel de această calitate;
- f) libertatea gândirii și a exprimării - principiul conform căruia, în activitatea de evaluare, evaluatorii pot să-și exprime și să-și fundamenteze opiniile, cu respectarea ordinii de drept și a bunelor moravuri;

g) cinstea și corectitudinea - principiul conform căruia, în îndeplinirea prevederilor contractuale, evaluatorii trebuie să fie de bună-credință și să acționeze pentru îndeplinirea conformă a atribuțiilor ce le revin;

h) loialitatea - evaluatorii sunt loiali ANMCS și principiilor managementului calității în vederea îndeplinirii atribuțiilor, atât în nume personal, cât și în numele ANMCS;

i) deschiderea și transparența - principiul conform căruia activitățile desfășurate de evaluatori în exercitarea prevederilor contractuale sunt publice și pot fi supuse monitorizării cetățenilor, în limitele legii;

j) eficiența - activitatea evaluatorilor trebuie să fie optimă sub raportul resurse implicate/rezultate obținute și să se desfășoare în așa fel încât să nu afecteze activitatea curentă a spitalului;

k) confidențialitatea - principiul conform căruia evaluatorilor le este interzis să divulge date, documente sau orice alte informații cu caracter confidențial, cu excepția situațiilor prevăzute expres de lege;

l) colegialitatea - principiul aplicabil evaluatorilor în ceea ce privește relaționarea acestora în cadrul comisiilor de evaluare conform căruia activitatea pe care aceștia o desfășoară presupune colaborarea între evaluatori, spirit de colegialitate și respect reciproc.

În exercitarea atribuțiilor ce le revin, evaluatorii sunt obligați să cunoască, să respecte și să aplice următoarele:

a) reglementările legale în vigoare care stabilesc competențele și coordonatele evaluatorilor, precum și sancțiunile aplicabile în cazul încălcării sau nerespectării dispozițiilor legale;

b) legislația în vigoare aplicabilă unităților sanitare evaluate;

c) Codul de conduită;

d) normele interne, procedurile, metodologiile, principiile profesionale;

e) regulamentele de organizare și funcționare, precum și reglementările interne ale unităților sanitare pe care le evaluează.

Normele generale și specifice de conduită profesională a evaluatorilor sunt detaliate în Codul de conduită, aprobat prin ordin al președintelui ANMCS. și este publicat pe site-ul oficial al instituției - [www.anmcs.gov.ro](http://www.anmcs.gov.ro). Toate aceste norme incluse în Codul de conduită sunt obligatorii pentru toți evaluatorii de servicii de sănătate atestați de ANMCS.

Codul de conduită este menit să asigure buna îndeplinire de către evaluatori a misiunii acestora, scopul acestuia fiind acela de a stabili standarde de conduită etică în procesul de desfășurare a activității evaluatorilor.

Obiectivele codului de conduită urmăresc să asigure, prin activitatea evaluatorilor, creșterea calității serviciilor oferite de ANMCS, o bună administrare în realizarea interesului public, crearea unei culturi organizaționale a integrității, precum și eliminarea birocrăției și a faptelor de corupție asociate procesului de acreditare a unităților sanitare, prin:

a) reglementarea normelor de conduită profesională pentru evaluatori, necesare realizării unor raporturi sociale și profesionale corespunzătoare creării și menținerii la nivel înalt a prestigiului ANMCS;

b) informarea cetățenilor cu privire la conduita profesională la care este îndreptățit să se aștepte din partea evaluatorilor;

c) crearea unui climat de încredere și respect reciproc între furnizorii de servicii de sănătate și evaluatori.

Rolul codului de conduită este să ghideze comportamentul moral și profesional al evaluatorilor, atât în timpul activității de evaluare a serviciilor de sănătate, cât și în afara acesteia, în măsura în care acest comportament afectează imaginea ANMCS.

## 6.7. Conflictul de interes

**Conflictul de interes** reprezintă acea situație sau împrejurare în care interesul personal, direct ori indirect, al evaluatorului ANMCS contravine interesului public, astfel încât afectează sau ar putea afecta independența și imparțialitatea sa în luarea deciziilor ori îndeplinirea la timp și cu obiectivitate a îndatoririlor care îi revin în exercitarea activității de evaluare.

**Incompatibilitatea** reprezintă o stare de fapt, care poate apare în raport cu poziția sau funcția ocupată de o persoană la un moment dat și care persistă pe durata în care persoana se află în poziția sau funcția respectivă.

***Incompatibilitatea se generează în raport cu o funcție sau poziție, iar conflictul de interes în raport cu o persoană!***

Evaluatorii au datoria legală, morală și profesională de a se asigura că, în timpul exercitării activității, nu se află în conflict de interes sau într-o situație de incompatibilitate.

În cazul în care evaluatorul sesizează o situație de conflict de interes sau de incompatibilitate în timpul vizitei de evaluare, acesta are obligația de a înștiința de îndată Președintele Comisiei de evaluare.

Evaluatorii deținători ai unui Atestat de evaluator valabil nu pot desfășura activitatea de evaluare în cadrul unei unități sanitare dacă el, soțul sau soția, se află în una dintre situațiile de incompatibilitate/conflict de interes specificate la Capitolul III al Codului de conduită.

## 6.8. Selecția evaluatorilor în vederea evaluării spitalului

Selecția evaluatorilor pentru evaluarea unităților sanitare se face în conformitate cu *Metodologia privind repartizarea aleatorie a evaluatorilor de servicii de sănătate în cadrul comisiilor de evaluare în vederea acreditării unităților sanitare cu paturi*, aprobată prin ordin al președintelui ANMCS și publicată pe site-ul oficial al instituției - [www.anmcs.gov.ro](http://www.anmcs.gov.ro).

Metodologia reglementează procesul de stabilire a componenței nominale a comisiilor de evaluare a unităților sanitare cu paturi din România, stabilind în acest sens etapele ce trebuie parcurse în vederea repartizării aleatorii a evaluatorilor incluși în Registrul ANMCS al evaluatorilor de servicii de sănătate în componența Comisiilor de Evaluare.

## 6.9. Evaluarea evaluatorului

### 6.9.1. Sistemul de evaluare

Pentru evaluarea activității evaluatorului este utilizat un sistem complex de evaluare, care urmărește evaluarea modalității de desfășurare a activității contractuale și pregătirea profesională continuă a evaluatorului

***I. Evaluarea activității contractuale*** – se efectuează pentru fiecare contract în parte, este realizată de președintele comisiei de evaluare, de spital și de ANMCS și vizează activitatea profesională și conduita evaluatorului.

**1. Evaluarea de către Președintele comisiei de evaluare** - se desfășoară pe toată perioada de derulare a relației contractuale dintre evaluator și ANMCS și se materializează prin completarea formularului „Evaluarea evaluatorului de către președintele comisiei de evaluare”, prezentat în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului.

Aspectele evaluate de președintele comisiei de evaluare sunt:

- |   |   |
|---|---|
| a. Evaluarea cu privire la problemele identificate din analiza documentelor transmise de catre unitatea sanitara in pre-vizita, a modalitatii de validare a indicatorilor din listele pe care le are de aplicat, precum si a indicatorilor santinela etc. in vederea evaluarii spitalului | pentru care a fost nominalizat in echipa de evaluare.       |
|   | b. <u>Rezultatele</u> utilizarii instrumentelor de evaluare |
|   | c. Comunicare   |
|   | d. Inițiativă   |

**2. Evaluarea de catre spital** – se desfasoara dupa incheierea relatiei contractuale dintre evaluator si ANMCS si se materializeaza prin completarea formularului „Chestionarul de evaluare a activității evaluatorului de catre spital”, prevăzut în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului.

Aspectele evaluate de unitatea sanitara sunt:

- |   |  |
|---|--|
| ✓ Respectarea programului   | ✓ Comportamentul evaluatorului in raport cu membrii comisiei de evaluare |
| ✓ Tinuta evaluatorului  | ✓ Modalitatea de sustinere a interviului                                 |
| ✓ Atitudinea evaluatorului  | ✓ Rigurozitatea consemnarilor in timpul interviului                      |
| ✓ Modalitatii de adresare a evaluatorului   | ✓ Complianta evaluatorului la solicitarile interviuatului                |
| ✓ Conduita profesionala a evaluatorului in raport cu personalul unitatii sanitare | ✓ Pertinenta explicatiilor oferite de evaluator in timpul evaluarii      |
| ✓ Comportamentul evaluatorului in raport cu personalul unitatii sanitare          |  |

**3. Constatari post-evaluare** (reactii in mass-media, societate civila, ONG, controale DSP, alte controale etc.) - se desfasoara dupa incheierea relatiei contractuale dintre evaluator si ANMCS, in timpul desfasurarii procesului de acreditare si pe toata perioada de monitorizare post-acreditare a unitatii sanitare, in situatia in care apar evenimente a caror conditii ar fi trebuit sa fie consemnate in timpul evaluarii si nu au fost.

**Punctajul anual reprezintă media aritmetică a punctajelor obținute pentru toate vizitele de evaluare la care a participat în anul respectiv.**

## ***II. Pregătirea profesională continuă***

Elementele de evaluare a pregătirii profesionale continue sunt prezentate pe larg în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului.

Sistemul de evaluare al evaluatorului este aprobat prin ordin al președintelui ANMCS.

## 6.9.2. Măsuri și sancțiuni

### I. Evaluarea activității contractuale

#### 1. Evaluarea de către Președintele comisiei de evaluare

a. Evaluarea nivelului de pregătire a evaluatorului pentru evaluarea spitalului pentru care a fost nominalizat în echipa de evaluare - evaluarea cu un punctaj mai mic decât cel prevăzut în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului, în perioada de prezenta fundamentează propunerea președintelui de comisie de înlocuire a evaluatorului din echipa de evaluare, cu rezilierea contractului evaluatorului cu ANMCS. Pentru păstrarea evaluatorului în secțiunea evaluatori activi a Registrului evaluatorilor, la evaluarea anuală se suplimentează punctajul minim de realizat la secțiunea **Pregătirea profesională continuă**. În situația în care în cursul unui an supus evaluării au existat două rezilieri de contract al evaluatorului cu ANMCS, acesta trebuie să facă dovada promovării cursului de perfecționare cu minimum nota 8 pentru menținerea evaluatorului în secțiunea evaluatori activi a Registrului evaluatorilor.

b. Rezultatele utilizării instrumentelor de evaluare - evaluarea cu un punctaj mai mic decât cel prevăzut în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului se penalizează după cum urmează:

- cu 10% din valoarea contractuală
- cu 20 % din valoarea contractuală
- cu 30% din valoarea contractuală
- mai puțin sau egal cu limita prevăzută în ordin, se reziliază contractul evaluatorului cu ANMCS, iar Președintele comisiei de evaluare

2. Evaluarea de către spital - evaluarea cu un punctaj mai mic decât cel prevăzut în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului, determină obligativitatea evaluatorului de a urma un curs de îmbunătățire a abilităților în comunicare/managementul conflictelor/formare echipă în anul supus evaluării. Pentru păstrarea evaluatorului în secțiunea evaluatori activi a Registrului evaluatorilor, la evaluarea anuală se suplimentează punctajul minim de realizat la secțiunea **Pregătirea profesională continuă** cu punctajul aferent acordat pentru cursul efectuat.

3. Constatări post-evaluare – orice punctaj negativ obținut datorită neconsemnării indicatorilor critici determină eliminarea evaluatorului din Registrul evaluatorilor.

**II. Pregătirea profesională continuă** – modalitatea de punctare și sancțiunile aferente sunt prevăzute în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului.

solicita ANMCS verificarea activității evaluatorului. Dacă în urma evaluării activității evaluatorului, diferența de punctaj obținută de spital determină încadrarea acestuia în categorie diferită de acreditare, evaluatorul este exclus din Registrul evaluatorilor.

c. Comunicare - evaluarea cu un punctaj mai mic decât cel prevăzut în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului de puncte, determină obligativitatea evaluatorului de a urma un curs de îmbunătățire a abilităților în comunicare/managementul conflictelor/formare echipă în anul supus evaluării. Pentru păstrarea evaluatorului în secțiunea evaluatori activi a Registrului evaluatorilor, la evaluarea anuală se suplimentează punctajul minim de realizat la secțiunea **Pregătirea profesională continuă** cu punctajul aferent acordat pentru cursul efectuat.

d. Inițiativa - evaluarea cu un punctaj mai mic decât cel prevăzut în ordinul președintelui ANMCS cu privire la sistemul de evaluare a activității evaluatorului, determină obligativitatea evaluatorului de a realiza puncte suplimentare prin pregătire profesională. Pentru păstrarea evaluatorului în secțiunea evaluatori activi a Registrului evaluatorilor, la evaluarea anuală se suplimentează punctajul minim de realizat la secțiunea **Pregătirea profesională continuă** cu 10 puncte, 20 de puncte, respectiv 30 de puncte, după caz.

## 7. EVALUAREA SPITALULUI

### 7.1. Etapele evaluării

Evaluarea reprezintă activitatea de analizare a nivelului de conformitate a unităților sanitare cu standardele de acreditare, desfășurată de către evaluatori externi de servicii de sănătate, independenți față de părțile interesate, la solicitarea de către unitățile sanitare a intrării în procedura de acreditare<sup>2</sup>.

Evaluarea este inițiată prin emiterea ordinului Președintelui A.N.M.C.S. de constituire a comisiilor de evaluare și este finalizată prin predarea de către evaluatori și recepționarea de către Comisia de Recepție a serviciilor prestate de evaluatori în cadrul procesului de acreditare a spitalelor din cadrul A.N.M.C.S. a tuturor materialelor care constituie dosarul de evaluare a fiecărei unități sanitare cu paturi, denumită în continuare USP.

Perioada maximă de desfășurare a etapei de evaluare este de 3 luni, este coordonată de către comisia de evaluare denumită în continuare CE.

**Constituirea comisiilor** de evaluare în vederea acreditării și numirea președinților acestora se realizează conform reglementărilor interne A.N.M.C.S. în vigoare, cu asigurarea transparenței constituirii acestora și respectarea condițiilor de conflict de interese și integritate a evaluatorilor selectați.

Componența comisiilor de evaluare în vederea acreditării,

- ✓ se aprobă prin ordin al Președintelui A.N.M.C.S.,
- ✓ este afișat pe site-ul A.N.M.C.S.,
- ✓ este diseminat Președinților CE desemnați,
- ✓ este diseminat Șef serviciu EECCE - în vederea asigurării, pentru evaluatori repartizați în CE, a accesului în aplicația informatică utilizată la nivelul A.N.M.C.S., precum și comunicarea prin intermediul e-mailului a următoarelor informații:
  - datele de contact ale membrilor CE (telefon, adresă de e-mail);
  - data, ora și locul desfășurării ședinței de instructaj
  - informații legate de semnarea contractului de prestări servicii
  - instrumentele de lucru ce urmează a fi utilizate în procesul de evaluare
- ✓ este diseminat altor persoanelor interesate din ANMCS.

Procesul de evaluare este organizat în 3 etape distincte:

- ✓ Pre-vizita – etapă în cadrul căreia sunt analizate documentele transmise de către spital către A.N.M.C.S. prin intermediul aplicației CaPeSaRo;
- ✓ Vizita de evaluare – etapă în cadrul căreia echipa de evaluatori se deplasează la spitalul supus evaluării, în această etapă se verifică conformitatea documentelor și a datelor transmise de către spital cu realitatea proceselor și a modului de organizare și funcționare de la nivelul spitalului;
- ✓ Post-vizita – etapă în cadrul căreia sunt centralizate toate informațiile și completate toate formularele prevăzute prin metodologie aprobată, în baza cărora la final se elaborează Raportul de evaluare.

<sup>2</sup> Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate.

Încheierea procesului de evaluare se realizează prin predarea de către evaluatori și recepționarea de către structurile de specialitate din cadrul A.N.M.C.S. a tuturor materialelor care constituie dosarul de evaluare al fiecărui spital.

Etapetele de evaluare se desfășoară conform metodologiei de evaluare A.N.M.C.S. în vigoare la data evaluării.

## 7.2. Tehnici utilizate de evaluatori

Tehnicile de colectare a datelor utilizate în procesul de evaluare și acreditare sunt:

- ✓ analiza documentelor legate de procesul de evaluare și de spitalul evaluat;
- ✓ interviul - urmărește colectarea de date prin discuția directă cu interlocutorul, în timpul vizitei propriu-zise;
- ✓ chestionarul auto-administrat - în care i se lasă subiectului un interval de timp pentru a completa singur răspunsurile sale
- ✓ observarea directă - constatarea la fața locului a respectării unor cerințe predefinite sau a modului de derulare a unei activități, fără ca aceasta să fie perturbată de către evaluatori;

Validarea datelor colectate de către comisia de evaluare constă în verificarea acestora prin examinare, centralizare, (re)calculare, comparație și punere de acord pentru confirmarea realității din spitalul evaluat.

### 7.2.1. Analiza documentelor

#### Considerații generale:

Documentele analizate sunt cele transmise de către spital prin intermediul aplicației CaPeSaRo, respectiv cele puse la dispoziție de către ANMCS și/sau solicitate de către evaluatori reprezentanților spitalului, în timpul vizitei de evaluare.

Analiza documentelor se desfășoară în toate cele 3 etape ale procesului de evaluare (pre-vizita, vizita și post-vizita) și are la bază următoarele principii:

- ✓ **existența documentelor** prevăzute de către standardele de acreditare și metodologia de evaluare, care trebuie să fie analizate în corelație unele cu altele și preferabil (în cazul documentelor repetitive<sup>3</sup>) prin sondaj; în cazul în care unele documente lipsesc, este recomandat să consemnați<sup>4</sup> nu doar absența acestora dar și în ce măsură ea influențează validarea altor documente analizate;
- ✓ **conformitatea documentelor** cu cerințele și condițiile specifice prevăzute de către standardele de acreditare și metodologia de evaluare; *de ex: procesele verbale ale unor întâlniri/ședințe etc, trebuie să conțină mențiuni privind tema discuțiilor/ordinea de zi, persoanele care au luat cuvântul, câteva dintre aspectele discutate etc, iar la dosarul de ședință/întâlnire să se regăsească materialele care au fost supuse discuțiilor/dezbaterii/aprobării/avizării în ședința/întâlnirea respectivă;*
- ✓ **valabilitatea documentelor**, respectiv concordanța cu legislația în vigoare la momentul evaluării (gradul de actualizare), termenele de timp aplicabile (evitați să alocați timp analizei unor documente vechi și/sau expirate) și responsabilii, care trebuie să fie angajați ai spitalului (cu contract de muncă sau prestări servicii) la momentul evaluării.

<sup>3</sup> Exemplu: analize periodice, rapoarte periodice etc.

<sup>4</sup> La rubrica "Observații" din cadrul Listei/Listelor de verificare.

La finele fiecărei etape a procesului de evaluare (pre-vizită, vizită, post-vizită) documentele analizate se opisează, consemnându-se data/perioada (zile) verificării acestora, persoana (evaluatorul) care a realizat analiza, respectiv listele de verificare în baza cărora acestea au fost solicitate/analizate.

***N.B. Opisul documentelor analizate este unic pentru fiecare echipă de evaluare și conține 3 secțiuni, fiecare dintre acestea aferentă uneia dintre cele 3 etape ale procesului de evaluare (pre-vizită, vizită, post-vizită). Fiecare dintre documentele analizate se consemnează în Opis o singură dată, pe coloană distinctă, iar în coloanele următoare se consemnează data/perioada în care documentul a fost analizat, numele fiecărui evaluator care a analizat documentul și lista/listele avute în vedere<sup>5</sup>.***

### 7.2.2. Interviu

#### Considerații generale:

Maniera în care este condus interviul și formulate întrebările este esențială pentru colectarea informațiilor și dezvoltarea relațiilor productive.

Evaluatorul acordă atenție comunicării verbale, non-verbale și para-verbale (tonul, atitudinea, intensitatea vocii etc) când comunică un mesaj, dar și când recepționează răspunsul interlocutorului, toate aceste elemente contribuind la interpretarea corectă a informațiilor recepționate.

Când mergeți să intervievați o persoană, este recomandabil să nu aveți asupra dvs. alte documente (liste, alte interviuri deja completate etc) în afara celor strict necesare interviului (pentru a nu crea interlocutorului dvs. impresia de grabă, neatentie etc).

Evitați să interferați în relația interlocutorului dvs. cu spitalul evaluat (de ex: nu utilizați expresii de genul: "aveți / nu aveți dreptate...", "o să vorbesc eu să văd ce pot face..." etc).

***Doar 7% din capacitatea de a comunica cu alții este dependentă de cuvintele folosite.***

Începeți interviul prin a-i explica interviuatului:

- ✓ cine sunteți, de ce vă aflați acolo și de cât timp aveți nevoie;
- ✓ asigurați interviuatul de faptul că discuția este confidențială și nimic din ce va spune nu va fi folosit în nici o modalitate care să permită identificarea sa;
- ✓ explicați de ce doriți să discutați;
- ✓ cereți permisiunea de a nota, dacă intenționați asta;
- ✓ utilizați un limbaj adecvat și terminologie accesibilă interlocutorului (adaptată).

Toate acestea se află înscrise în preambulul chestionarelor ANMCS.

<sup>5</sup>

Nr. Crt.	Denumirea documentului	Data / Perioada în care a fost analizat	Numele Evaluatorului	Lista / Listele (doar număr)	Semnătura
...	...	...	...	...	...

## Întrebări deschise-închise

Întrebările închise - însemnând variante de răspuns prestabilite - sunt utile pentru a obține un răspuns direct la o întrebare specifică. Ele pot ajuta în situațiile în care trebuie să ajungeți la subiect, când interviuatul evită să dea detalii specifice, când își pierde concentrarea sau evită un subiect. Întrebările închise sunt mai puțin utile în încurajarea dialogului, obținerea detaliilor sau explorarea unei direcții. Exemple de întrebări închise: „Aveți un plan de măsuri pt...?”

Întrebările deschise sau semi-deschise - însemnând lipsa variantelor de răspuns, respectiv la variante prestabilite de răspuns, există și „altele....enumerați vă rog, ce părere aveți despre etc” - oferă mai multe informații decât întrebările închise, încurajează dialogul și îi oferă posibilitatea interviuatului de a avea un scop să răspundă. Exemple de întrebări deschise:

”Puteți să descrieți (povestiți)....?”

”Care este opinia dvs. în legătură cu...?”

Interviul este obligatoriu a se încheia cu mulțumiri pentru timpul acordat și pentru cooperare.

La final, este recomandabil să arătați interlocutorului documentul pe care ați consemnat interviul.

### 7.2.3. Chestionarul auto-administrat

**Chestionarul auto-administrat** în care i se lasă subiectului un interval de timp pentru a completa singur răspunsurile sale. (în cazul nostru aproximativ o zi).

- ✓ În acest caz, se recomandă ca, înainte de a distribui chestionarele să faceți o minimă informare a grupului de persoane vizate (angajați, pacienți, aparținători) cu privire la scopul chestionarului și modalitatea în care acesta trebuie completat. Asigurați-vă că persoanele vizate pentru aplicarea chestionarului auto-administrat au înțeles despre ce este vorba și consimt la completarea acestuia.
- ✓ Asigurați-vă că modalitatea de colectare a chestionarelor auto-administrate respectă dreptul la intimitate, anonimatul și confidențialitatea datelor.

### 7.2.4. Observarea directă

Observarea directă permite evaluatorului:

- ✓ să evalueze practicile spitalului pe durata prevăzută pentru fiecare obiectiv de observat, de exemplu: pregătirea sau administrarea hranei, curățenia, organizarea primirii pacienților etc.
- ✓ să evalueze elementele cum ar fi: intimitate și demnitate, confort, curățenie, securitate pentru oricine și oricând se află în spital.
- ✓ să evalueze elementele mediului fizic: echipamente și stocuri, siguranța, depozitării acestora etc.

Principalele 3 categorii de elemente avute în vedere la observarea directă sunt:

- ✓ obiectele – există / nu există, unde sunt așezate, sunt puse în ordine, sunt accesibile celor cărora le sunt destinate, sunt suficiente (ex: echipamente de protecție, săpun, dezinfectanți pentru mâini, corpuri de iluminat etc), sunt utilizabile (se aprind becurile, curge apa la robinet, merg clanțele la uși etc);
- ✓ comportamentele – cum se vorbește în spital, cum sunt respectate regulile (se fumează, se spală pe mâini personalul/pacienții, sunt însoțiți pacienții la investigații, personalul este atent cu pacienții etc);
- ✓ procese – cum sunt asigurate și respectate circuitele specifice în spital, cum se desfășoară anumite procese specifice (ex: pregătirea hranei și servitul mesei, manipularea instrumentarului folosit în BO, accesul pe secții etc) și procesele nespecifice (înregistrarea documentelor, informarea angajaților etc).

Este recomandabil ca observarea directă să se desfășoare permanent, inclusiv în timpul alocat validării altor liste (interviuri, focus-grup etc) sau chiar al deplasărilor între secții/sectoare, astfel încât să aducă evaluatorului cât mai multe informații.

Pe durata procesului de observare directă este preferabil să nu fiți influențați sau distrași de către alte persoane (angajați, pacienți, aparținători).

***Este important să se respecte intimitatea pacienților atunci când se observă practicile ce implică îngrijirea acestora.***

### 7.3. Instrumente utilizate de evaluatori

Principalele instrumente utilizate pentru acreditarea spitalelor sunt:

- ✓ **fișa de identificare a spitalului** - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informații despre datele de identificare și structura organizatorică și funcțională;
- ✓ lista **documentelor obligatorii solicitate (DOS)** - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existență și conformitate reprezintă o condiție obligatorie pentru începerea etapei de evaluare;
- ✓ lista **documentelor suplimentare (DS)** - necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existență este necesară pentru inițierea vizitei de evaluare;
- ✓ **fișa de autoevaluare** - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informații despre nivelul de îndeplinire a cerințelor standardelor de acreditare în etape succesive ale procesului de evaluare și acreditare;
- ✓ **plan de conformare în vederea evaluării** - document trimis de către A.N.M.C.S. spitalului aflat în procedura de acreditare, prin care se comunică acestuia neconformitățile constatate, care nu permit începerea vizitei de evaluare;
- ✓ **programul vizitei de evaluare (orarul)** - document care cuprinde etapele orare și obiectivele de evaluat;
- ✓ **minuta de ședință** - document care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentanții spitalului evaluat;

- ✓ **lista de verificare** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., utilizat în vederea colectării datelor;
- ✓ **lista documentelor solicitate în timpul vizitei** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., care cuprinde documentele suplimentare solicitate reprezentanților spitalului de către evaluatori în timpul procesului de evaluare;
- ✓ **chestionarul** - instrument elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., aplicat la nivel individual numai după obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garantării confidențialității și anonimatului;
- ✓ **fișă de simulare a intrării neautorizate** în blocul operator/de nașteri, unitate operatorie independentă, sală de operații/nașteri, ati, neonatologie - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, informații cu privire la asigurarea controlului accesului în structurile evaluate;
- ✓ **fișă de evaluare a unui indicator critic** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare în orice moment al vizitei, a neîndeplinirii unui indicator critic;
- ✓ **fișa de identificare și evidențiere a disfuncționalităților** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, stări de fapt care perturbă desfășurarea acesteia;
- ✓ **fișa de constatare a situațiilor deosebite** - act unilateral întocmit de către comisia de evaluare, care menționează stări de fapt care împiedică desfășurarea vizitei de evaluare sau care pun în pericol siguranța pacientului sau a angajaților spitalului, transmis președintelui A.N.M.C.S., și care poate atrage întreruperea vizitei de evaluare;
- ✓ **fișă de simulare a evacuării în caz de incendiu** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, modalitatea de reacție a unității sanitare în caz de incendiu;
- ✓ **fișă de verificare a completării FO** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare modalitatea de consemnare a informațiilor medicale în FO;
- ✓ **notă de constatare** - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare în cazul în care se constată neconcordanță între Fișa de identificare a spitalului - privind structura și situația întâlnită de către evaluatori la fața locului;
- ✓ **proiectul raportului de evaluare** - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului în vederea formulării eventualelor obiecțiuni;
- ✓ **raportul de evaluare** - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului după analiza și soluționarea eventualelor obiecțiuni;
- ✓ **opisul documentelor analizate** – formular tipizat (tabelar), elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., care permite sistematizarea analizei documentelor;
- ✓ **registru de evidență a documentelor CE în vederea acreditării** - formular tipizat A.N.M.C.S. Se completează în aplicația CaPeSaRo în rubrica „Registru de intrări-ieșiri”

## 7.4. Utilizarea instrumentelor de lucru

### 7.4.1. Intocmirea programul de activitate - orarul

#### Principiile ce trebuie respectate în vederea elaborării Programului sunt:

- ✓ Procesul de evaluare nu trebuie să perturbe în niciun fel activitatea spitalului;
- ✓ Evaluatorii trebuie să-și îndeplinească obiectivele vizitei în cadrul unui program prestabilit și pe cât posibil, să evite revenirea în același sector de activitate;
- ✓ Evaluatorii au obligația să respecte regulile spitalului;
- ✓ Evaluatorii au obligația să acorde maximă atenție activității de evaluare și să minimizeze întreruperile și timpul risipit în alte activități nelegate de procesul de evaluare;
- ✓ Evaluatorii au obligația să participe la toate activitățile comune ale CE;

#### Etapetele ce trebuie parcurse în vederea elaborării Programului sunt:

- ✓ Consultarea ASF pentru stabilirea sectoarelor de activitate ce urmează a fi evaluate;
- ✓ Stabilirea timpului necesar evaluării fiecărui sector (pe baza timpului maxim recomandat pentru completarea instrumentelor de colectare a datelor);
- ✓ Validarea informațiilor obținute din parcurgerea pașilor redați anterior (alin. 1 - 2) prin compararea acestora cu FCD elaborată de U.E.A.S.;
- ✓ Stabilirea programului zilnic, pe ore, pentru fiecare evaluator, de comun acord cu toți membrii echipei, ținându-se cont de:
  - a) timpul maxim de aplicare a fiecărui instrument de colectare a datelor (inclusiv activitățile de observare directă, aplicarea chestionarului A.N.M.C.S. de satisfacție a pacientului, a interviului cu pacienții în vederea reconstituirii traseului general al acestora);
  - b) timpul necesar deplasării evaluatorilor în locațiile exterioare (dacă este cazul);
  - c) timpul necesar deplasării între 2 sectoare de activitate supuse evaluării (10 – 15 minute);
  - d) timpul suplimentar necesar secretarului, pentru îndeplinirea atribuțiilor specifice;
  - e) timpul necesar desfășurării ședințelor ce au loc în perioada vizitei de evaluare:
    - ședința de deschidere - la începutul primei zile de vizită (60 min);
    - ședința de informare zilnică – la începutul fiecărei zile de vizită, cu excepția primei zile când are loc ședința de deschidere (30 min);
    - ședința de informare finală (închidere) – la terminarea vizitei de evaluare (60 min).
  - f) profesia și/sau competențele fiecărui evaluator (listele vor fi repartizate în funcție de profesie și/sau competențe).

#### Reguli generale de elaborare a Programului vizitei de evaluare sunt:

- ✓ A.T.I. și blocul operator/sala de operații/de nașteri să fie evaluate în a doua parte a zilei, pentru a evita în acest fel întreruperea activității spitalului;
- ✓ blocul alimentar să fie evaluat doar în intervalul orar în care spitalul nu pregătește servirea mesei pacienților;
- ✓ serviciul Radiologie și medicină nucleară să fie evaluat în prima parte a zilei, ținând cont de programul de lucru redus al acestuia;
- ✓ ambulatoriul integrat al spitalului să fie evaluat în prima parte a zilei, atunci când acesta oferă servicii pacienților, astfel încât informațiile colectate să fie relevante;
- ✓ chestionarele să fie aplicate pacienților în a doua parte a zilei. Excepție: în spitalizarea de zi se aplică în prima parte a zilei.
- ✓ observarea directă pe secție/compartiment să fie realizată anterior interviului cu asistenta sefă a secției respective, astfel încât evaluatorul să identifice deja aspecte negative/pozitive;

- ✓ UPU/CPU/camera de gardă (atât dialogul purtat cu interlocutorul, cât și observarea directă) să fie evaluate, de preferat, în a doua parte a zilei;
- ✓ în a doua parte a zilei să fie evaluate, de preferat, sectoarele de activitate nemedicală, pentru care parcurgerea listelor de verificare necesită un timp îndelungat, astfel încât să fie nevoie de un număr mai mic de interlocutori obligați să își prelungească programul;
- ✓ dialogurile cu șefii de secții să fie purtate în prima parte a zilei, avându-se în vedere respectarea Raportului de Gardă și programul de vizită al pacientului, primii fiind cei din secțiile medicale și ulterior cei din cele chirurgicale).

#### **Reguli specifice de elaborare a Programului vizitei de evaluare sunt:**

##### Recomandări de repartitie a listelor

- ✓ Listele de verificare nr. 5-6, 10-13, 15-19 se completează de către evaluatorul din categoria “alte specialități”;
- ✓ Listele de verificare nr. 7, 9, 21-22, 33-35, 40-44, 47-51 se completează de către evaluatorul din categoria “medic”;
- ✓ Listele de verificare nr. 8, 14, 23-24, 31-32, 36, 39, 54 se completează de către evaluatorul din categoria “asistent medical”;
- ✓ Listele de verificare nr. 20, 37-38, 46-46, 52-53, 55-64 se recomandă a fi completate de către evaluatorul din categoria “medic” sau “asistent medical”;

##### Modalitate de aplicare a listelor și interlocutori

- ✓ Lista de verificare nr. 5. Managementul organizației (atribuțiile managerului și ale comitetului director) se completează o singură dată la nivelul spitalului, având ca interlocutor managerul spitalului și este aplicată de același evaluator care aplică lista nr. 2;
- ✓ Lista de verificare nr. 6. Managementul calității (atribuțiile SMC) se completează o singură dată la nivelul spitalului, are ca interlocutor ca interlocutor RMC-ul;
- ✓ Lista de verificare nr. 7. Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical);
- ✓ Lista de verificare nr. 8. Managementul îngrijirilor medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului de îngrijiri/as. șef spital) se completează o singură dată și are ca interlocutor directorul de îngrijiri/ asistent șef al spitalului, iar **dacă spitalul nu are director de îngrijiri/ asistent șef al spitalului, lista se aplică cu directorul medical.**

**N.B. Dacă serviciul de bucătărie și/sau spălătorie este externalizat, întrebările referitoare la serviciul de bucătărie și/sau spălătorie se aplică prevederilor contractuale ale spitalului cu furnizorul de servicii, având același interlocutor ca cel precizat mai sus.**

- ✓ Lista de verificare nr. 9. Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile SPLIAAM/CPLIAAM) se completează o singură dată și se aplică cu responsabilul SPLIAAM/CPLIAAM;
- ✓ Lista de verificare nr. 10. Managementul financiar-contabil se completează o singură dată și se aplică cu directorul financiar-contabil;
- ✓ Lista de verificare nr. 11. Managementul achizițiilor se completează o singură dată și se aplică cu șeful structurii de achiziții;
- ✓ Lista de verificare nr. 12. Managementul administrativ se completează o singură dată și se aplică cu șeful structurii de administrativ;

- ✓ Lista de verificare nr. 13. Observare directă – curte/căi de acces se aplică o singură dată pe locație, precede lista 16 și este aplicată de același evaluator care aplică lista 12;
- ✓ Lista de verificare nr. 14. Observare directă – interiorul spitalului/spații comune se aplică în fiecare corp de clădire (pavilion);
- ✓ Lista de verificare nr. 15. Managementul resurselor umane, se completează o singură dată și se aplică cu șeful resurselor umane; dacă serviciul este externalizat se aplică cu managerul sau responsabilul de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);
- ✓ Lista de verificare nr. 16. Interviu reprezentant al angajaților/sindicat se completează o singură dată în timpul vizitei;
- ✓ Lista de verificare nr. 17. Suport juridic se completează o singură dată și se aplică cu șeful serviciului juridic; dacă serviciul este externalizat se aplică cu managerul sau responsabilul de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);
- ✓ Lista de verificare nr. 18. Managementul sistemului informațional se completează o singură dată și se aplică cu responsabilul IT și cu șeful serviciului statistică;
- ✓ Lista de verificare nr. 19. Managementul arhivei se completează o singură dată în locațiile unde este depozitată arhiva; dacă serviciul este externalizat se aplică o singură dată cu șeful serviciului administrativ sau responsabilul de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);
- ✓ Lista de verificare nr. 20. Managementul asistenței medicale paraclinice se aplică ca **trunchi comun** pentru orice tip laborator de sine stătător sau fiecărui contract distinct de servicii paraclinice al spitalului și are ca interlocutor șeful laboratorului, iar pentru activitatea externalizată directorul medical sau persoana responsabilă de contract (persoana care certifică realitatea prestării serviciilor);
- ✓ Lista de verificare nr. 21. Managementul medicației se aplică în punctele de farmacie sau spitalelor cu serviciul externalizat, pentru acestea din urmă având ca interlocutor directorul medical;
- ✓ Lista de verificare nr. 22. Managementul medical la nivel de secție are ca interlocutor șeful secției/coordonatorul și invitați membrii echipei de medici de la nivelul secției/compartimentului. Se aplică ca **trunchi comun** pentru orice tip de secție/compartiment cu paturi de spitalizare continuă de sine stătător (**inclusiv ATI**) sau de spitalizare de zi;
- ✓ Lista de verificare nr. 23. Observare directă – mediul de îngrijire la nivelul secției precede lista de verificare nr. 31 și este aplicată de același evaluator care aplică lista de verificare nr. 24;
- ✓ Lista de verificare nr. 24. Managementul îngrijirilor medicale la nivel de secție are ca interlocutor asistenta șefă/asistenta coordonatoare și invitați membrii echipei de îngrijiri de la nivelul secției/compartimentului pentru activitatea de îngrijiri desfășurată la nivelul **oricărei** secții/compartiment, spitalizare de zi sau **ATI**;
- ✓ Lista de verificare nr. 30. Managementul activităților de învățământ și cercetare se completează o singură dată la nivelul spitalelor clinice sau institutelor clinice, are ca interlocutor directorul de cercetare-dezvoltare;
- ✓ Lista de verificare nr. 31. Observare directă – bucătărie, se aplică numai în locațiile unde există bucătărie și este aplicată de același evaluator care aplică lista nr.8;
- ✓ Lista de verificare nr. 32. Observare directă – spălătorie, se aplică numai în locațiile unde există spălătorie și este aplicată de același evaluator care aplică lista nr.8;
- ✓ Lista de verificare nr. 33. Managementul urgențelor medico-chirurgicale în UPU/CPU se aplică în fiecare locație unde există UPU/CPU cu medicul șef/coordonator al UPU/CPU;
- ✓ Lista de verificare nr. 34. Managementul urgențelor medico-chirurgicale în camera de garda se aplică în fiecare locație unde există camera de garda cu directorul medical sau orice persoana

delegată de acesta, în toate locațiile unde există Camera de gardă și pentru toate Camerele de gardă existente și cuprinse în ASF;

- ✓ Lista de verificare nr. 35. Observare directă – UPU/CPU/CG se aplică în fiecare locație unde există UPU/CPU/CG de același evaluator care completează Lista nr. 33, respectiv 34, iar aplicarea ei precede aplicarea Listei nr. 33/34;
- ✓ Lista de verificare nr. 36. Observare directă – mediul de îngrijire în spitalizarea de zi precede lista de verificare nr. 31 și este aplicată de același evaluator care aplică lista de verificare nr. 24 în secție/compartiment de spitalizare de zi
- ✓ Lista de verificare nr. 37. Managementul ATI se aplică șefului de secție/coordonatorului ATI, este listă **adițională** Listei de verificare nr. 22 în evaluarea secției/compartimentului de **sine stătător**, fiind aplicate de același evaluator. În cazul compartimentelor de **ATI din cadrul altor secții**, Lista de verificare nr. 37 se aplică **fără Lista de verificare nr. 22** coordonatorului de compartiment ATI, de către același evaluator care a evaluat secția/ compartimentul din care face parte compartimentul de ATI;
- ✓ Lista de verificare nr. 38. Observare directă – ATI mediul de îngrijire la nivelul secției/compartimentului ATI precede lista de verificare nr. 24 de la nivelul ATI și este aplicată de același evaluator care aplică lista de verificare nr. 24 în secția/compartimentul de ATI. Pentru compartimentele de TI/TIC componente ale secțiilor de neurologie, neonatologie, cardiologie etc. Lista de verificare nr. 38 se aplica pentru acel compartiment de evaluatorul care completează Lista de verificare nr. 24 în secția a carei componentă este TI/TIC;
- ✓ Lista de verificare nr. 39. Managementul sângelui și al produselor sanguine are ca interlocutori coordonatorul UTS și președintele comisiei de hemovigilență. Se aplică pentru toate spitalele care au în structură UTS și spitalelor care nu au UTS, dar au specialități chirurgicale în spitalizare continuă (cu excepția celor monopofil de oftalmologie), precum și celor cu hematologie clinică, structuri de acuți în medicină internă, pediatrie, cardio-vascular, gastro-enterologie, pneumoftiziologie, oncologie medicală, radioterapie;
- ✓ Lista de verificare nr. 40. Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei este listă **adițională** pentru secțiile/compartimentele de obstetrică sau obstetrică-ginecologie, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pe acea secție. Pentru compartimentele de obstetrică sau obstetrică-ginecologie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/ compartimentul din care face parte compartimentul de obstetrică/ obstetrică-ginecologie;
- ✓ Lista de verificare nr. 41. Managementul asistenței medicale a nou-născutului / prematurului este listă **adițională** aplicată pentru secțiile/ compartimentele de neonatologie/prematuri de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pe acea secție. Pentru compartimentele de neonatologie/prematuri, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de neonatologie/prematurului;
- ✓ Lista de verificare nr. 42. Managementul asistenței medicale pediatrice este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de pediatrie de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pe acea secție. Pentru compartimentele de pediatrie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de pediatrie;

- ✓ Lista de verificare nr. 43. Managementul asistenței medicale a pacientului psihiatric adult este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de psihiatrie de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pentru acea secție. Pentru compartimentele de pediatrie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de pediatrie;
- ✓ Lista de verificare nr. 44. Managementul asistenței medicale a pacientului cu boala cronică renală este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de nefrologie de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pentru acea secție. Pentru compartimentele de nefrologie, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de nefrologie;
- ✓ Lista de verificare nr. 45. Managementul asistenței medicale a pacientului dializat este aplicată serviciilor de dializă în fiecare unitate de dializă;
- ✓ Lista de verificare nr. 46. Managementul medicației oncologice listă **adițională** aplicată în locațiile unde există secție/compartiment de oncologie/radioterapie/ hematologie clinică, având ca interlocutor farmacistul șef dacă spitalul declară că prepararea citostaticelor se efectuează în farmacie, lista însoțind Lista de verificare nr. 62 și este aplicată de același evaluator. Dacă spitalul declară prepararea citostaticelor pe secții, aceasta însoțește Lista de verificare nr. 22, având ca interlocutor medicul șef de secție, aplicarea listei se realizează pe fiecare secție unde se prepară citostatice, de către evaluatorul care desfășoară interviul pe acea secție;
- ✓ Lista de verificare nr. 47. Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic în radioterapie este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de radioterapie de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pentru acea secție. Pentru compartimentele de radioterapie care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de radioterapie.
- ✓ Lista de verificare nr. 48. Managementul terapiei în medicina nucleară este listă **adițională** aplicată pe secțiile/compartimentele de medicina nucleară de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pentru acea secție. Pentru compartimentele de medicina nucleară, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de medicina nucleară.
- ✓ Lista de verificare nr. 49. Managementul paliativei este listă **adițională** aplicată secțiile/compartimentele de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pentru acea secție. Pentru compartimentele de paliativă, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/compartimentul din care face parte compartimentul de paliativă;
- ✓ Lista de verificare nr. 50. Managementul prelevării de celule/țesuturi/organe este aplicată pe secțiile/compartimentele în care se realizează prelevare de celule/țesuturi/organe, în spitalele autorizate să efectueze prelevare de celule/țesuturi/organe, cu coordonatorul activității de prelevare din spitalul respectiv și cu Key donation person (care este de obicei un medic ATI);

- ✓ Lista de verificare nr. 51. Managementul transplantului de celule/țesuturi/organe este listă **adițională** aplicată pe secțiile/ compartimentele de transplant de celule/țesuturi/organe de sine stătătoare, **însoțind Lista de verificare nr. 22**, este aplicată de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 22 pentru acea secție. Pentru compartimentele de transplant de celule/țesuturi/organe, care **sunt parte din alte** secții/compartimente se aplică **fară** Lista de verificare nr. 22 coordonatorului de compartiment de același evaluator care a evaluat secția/ compartimentul din care face parte compartimentul de transplant de celule/țesuturi/organe;
- ✓ Lista de verificare nr. 52. Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN) se aplică tuturor blocurilor operatorii (BO)/blocurilor de nașteri (BN)/unităților operatorii independente(UOI)/sălilor de operații (SO)/sălilor de nașteri(SN), are ca interlocutor coordonatorul BO/BN/UOI/SO/SN;
- ✓ Lista de verificare nr. 53. Observare directă – BO/Sală nașteri se aplică tuturor blocurilor operatorii (BO)/blocurilor de nașteri (BN)/unităților operatorii independente(UOI)/sălilor de operații (SO)/sălilor de nașteri(SN) și se aplică de același evaluator care a aplicat și Lista nr. 52;
- ✓ Lista de verificare nr. 54. Managementul sterilizării se aplică tuturor unităților de sterilizare/stațiilor de sterilizare/punctelor de sterilizare declarate de spital, are ca interlocutor coordonatorul unității de sterilizare;
- ✓ Lista de verificare nr. 55. Managementul bazei de radioterapie se aplică tuturor bazelor de tratament de radioterapie declarate de spital și are ca interlocutor coordonatorul bazei de radioterapie;
- ✓ Lista de verificare nr. 56. Observare directă – Bază radioterapie se aplică tuturor bazelor de tratament de radioterapie și se aplică de același evaluator care a aplicat și Lista nr. 55;
- ✓ Lista de verificare nr. 57. Observare directă – Bază tratament BFT se aplică tuturor bazelor de tratament de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie sau unităților de BFT;
- ✓ Lista de verificare nr. 58. Managementul laboratorului clinic este listă **adițională** aplicată laboratorului clinic sau oricărui compartiment independent din laboratorul clinic împreună cu Lista de verificare nr. 20., de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 20. Pentru punctele de laborator se aplică numai Lista de verificare nr. 58. Managementul laboratorului clinic;
- ✓ Lista de verificare nr. 59. Managementul laboratorului de anatomie patologică este listă **adițională** aplicată laboratorului de anatomie patologică sau oricărui compartiment independent de laborator de anatomie patologică împreună cu Lista de verificare nr. 20., de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 20. Pentru punctele de laborator se aplică numai Lista de verificare nr. 59. Managementul laboratorului de anatomie patologică;
- ✓ Lista de verificare nr. 60. Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară este listă **adițională** aplicată laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară sau oricărui compartiment independent din laboratorul de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară împreună cu Lista de verificare nr. 20., de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 20. Pentru punctele de laborator se aplică numai Lista de verificare nr. 60;
- ✓ Lista de verificare nr. 61. Managementul laboratorului de endoscopie diagnostică și intervențională este listă **adițională** aplicată laboratorului endoscopie diagnostică și intervențională împreună cu Lista de verificare nr. 20., de același evaluator care aplică Lista de verificare nr. 20. Pentru cabinetele/unitățile de laborator se aplică în cabinetele/unitățile de laborator de endoscopie diagnostică și intervențională numai Lista de verificare nr. 61;

- ✓ Lista de verificare nr. 62. Managementul farmaciei se aplică tuturor farmaciilor cu circuit închis autorizate;
- ✓ Lista de verificare nr. 63. Managementul ambulatoriului se aplică o dată spitalului pentru ambulatoriul integrat, având ca interlocutor directorul medical sau pentru ambulatoriul de sine-stătător, având ca interlocutor coordonatorul ambulatoriului; pentru situațiile în care spitalul are și ambulatoriu integrat și ambulatoriu de specialitate Lista se aplică fiecăruia dintre cele două structuri, cu interlocutorii menționați mai sus;
- ✓ Lista de verificare nr. 64. Observare directă – Ambulatoriu se aplică în toate locațiile unde există cabinete de ambulatoriu și se aplică de același evaluator care a aplicat și Lista nr. 63;

#### 7.4.2. Completarea listelor

##### Listele de verificare se clasifică în:

- ✓ Liste care se aplică în mod obligatoriu pentru toate unitățile sanitare cu paturi, indiferent de tipul acestora sau dacă activitățile respective sunt realizate prin personal propriu sau sunt externalizate prin contract - Listele de verificare nr. 1-12, 15, 17-21, 25-29;
- ✓ Liste care se multiplică sau nu se aplică, în funcție de structura spitalului - Listele de verificare nr. 13-14, 16, 22-24, 30-64.

##### Modalitatea de completare a listelor de verificare

##### Recomandări cu caracter general:

- ✓ Listele de verificare nr. **1, 2, 3, 4** se completează în pre-vizită, utilizând materialele furnizate de spital solicitând spitalului, documente suplimentare (DS). În perioada de pre-vizită, evaluatorul are corespondență cu spitalul pentru a solicita documente suplimentare, detalii sau lămuriri.
- ✓ Lista de verificare nr. 1. Autorizări, avize și certificări ale calității, se recomandă completarea acestora de evaluatorul din categoria “alte specialități”.
- ✓ Lista de verificare nr. 2. Planul strategic și planul de management al spitalului, se completează de evaluatorul din categoria “alte specialități”.
- ✓ Lista de verificare nr. 3. Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/RI), se completează de evaluatorul medic.
- ✓ Lista de verificare nr. 4. Pagina de internet a spitalului, se recomandă completarea acesteia de evaluatorul din categoria “asistent medical”.
- ✓ Fiecare evaluator trebuie să-și facă înaintea de fiecare zi de evaluare un plan de validare a datelor în vederea încadrării în timpul maxim alocat pentru fiecare listă de verificare.
- ✓ Indicatorii numerici se solicită în previzită sau la începutul vizitei. Modalitatea de colectare și determinare a indicatorilor numerici la nivel de spital, precum și realitatea informațiilor exprimate prin aceștia se validează în vizită.
- ✓ Datele statistice se solicită la începutul vizitei.
- ✓ Documentele solicitate de evaluator se completează pe lista de verificare cu „d.s”. pentru toate documentele pe care le-a solicitat în copie conformă cu originalul.
- ✓ Evaluatorii care aplică listele de verificare nr. **22 și 24** vor discuta cu toți șefii de secție/compartiment de sine stătător sau spitalizare de zi, respectiv cu toți asistenții șefi de secție/compartiment de sine stătător sau spitalizare de zi.
- ✓ În situația în care șeful de secție/compartiment sau asistentul șef de secție/compartiment este/devine indisponibil din motive obiective (CO, CB etc), discuțiile pot fi purtate cu înlocuitorii

acestora, numai după ce se verifică existența deciziei de înlocuire, emisă de către manager și semnată pentru luare la cunoștință de către persoana care înlocuiește.

- ✓ Dacă spitalizarea de zi cuprinde paturi în care se desfășoară activitate medicală cuprinsă în listele de verificare nr. **39, 41- 44, 47, 49**, aceste liste se adaugă listei de verificare nr.22.
- ✓ Listele de verificare cuprind și enunțul cerinței din care face parte indicatorul. Dacă spitalul a utilizat o altă modalitate de îndeplinire a cerinței, aceasta va fi consemnată în dreptul cerinței, la rubrica observații, cu precizarea indicatorilor alternativi utilizați de spital, numai dacă aceștia au respectat condițiile „SMART”.
- ✓ Pentru indicatorii care se aplică la prevederi contractuale (exemplu – activități externalizate), întrebarea se adresează utilizând cerința corespunzătoare indicatorului.
- ✓ În situația în care pe durata vizitei de evaluare se constată existența la nivelul spitalului a unor structuri (secții, compartimente, cabinete, laboratoare) care nu apar în ASF, iar spitalul solicită evaluare în vederea acreditării și pentru acestea, evaluatorii prin evaluatorul coordonator vor anunța ANMCS, întocmind în acest sens o Fișă de identificare și evidențiere a disfuncționalităților (FIED).
- ✓ Pe listele de verificare este trecut timpul **maxim** necesar completării lor.
- ✓ Se recomandă ca evaluatorul să nu se reia activitatea de evaluare a unei secții sau a unui compartiment (principiul „drum fără întoarcere”).
- ✓ Indicatorii care „**NU SE APLICĂ**” sunt indicatorii care se referă la activități care nu se regăsesc în specificul sectorului evaluat. **În cazul în care se bifează coloana NU SE APLICĂ, la coloana OBSERVAȚII se va justifica temeinic motivul. În caz contrar indicatorul va fi considerat NECONFORM !**

În pre-vizită, din Lista procedurilor și protocoalelor prezentată de spital în DOS, se selectează de către fiecare evaluator câte 2-3 protocoale/proceduri aferente fiecărui sector evaluat, care sunt studiate și pentru care solicită DS. În pre-vizită sunt evaluate formalizarea, difuzarea, instruirea personalului precum și monitorizarea nivelului de implementare a protocolului/procedurii de către SMC, conform planului anual precum și planul de îmbunătățire a nivelului de implementare, dacă acesta a fost întocmit.

În timpul vizitei sunt evaluate:

- a. implementarea la nivelul sectorului de aplicare a protocolului/procedurii;
- b. existența riscului identificat și cuprins în registrul riscurilor pentru care a fost necesară elaborarea protocolului/procedurii;
- c. existența evaluării riscului rezidual obținut comparativ cu cel estimat inițial, după caz;
- d. stabilirea, utilizarea și evaluarea periodică a indicatorilor ce măsoară rezultatul obținut prin aplicarea protocolului/procedurii;
- e. evaluarea periodică a eficacității și eficienței utilizării protocolului/procedurii cu posibile revizii sau reeditări ale acestora, după caz.

Dacă se constată neconformități ale elementelor precizate, evaluatorul poate extinde modalitatea de verificare la mai multe protocoale/proceduri. În situația în care sunt constatate neconformități și la celelalte protocoale/proceduri, toți indicatorii aferenți evaluării protocoalelor/procedurilor devin neconformi.

- ✓ FO se solicită și se primesc în condițiile respectării confidențialității datelor pacientului. Pentru completarea Listei de verificare nr.70 se solicită 3 FO pentru fiecare secție, asimilând spitalizarea de zi unei secții, din arhiva recentă a secției, la care se adaugă 3 FO ale pacienților decedați. Se recomandă parcurgerea FO împreună cu șeful secției a fișei de evaluare a FO, pentru fiecare FO în parte în vedere apentru auditarea FO.

- ✓ Listele de verificare nr. 25-29 se completează în post-vizită, nu sunt cuprinse în proiectul raportului de evaluare, dar fac parte din raportul de evaluare.
- ✓ Toate listele de verificare de observare directă nu fac parte din proiectul raportului de evaluare, ele sunt parte componentă a raportului de evaluare.
- ✓ Lista de verificare nr. 25. – Traseul pacientului, se generează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei, se validează de către evaluatorul din categoria “asistent medical”. Aplicarea traseului pacientului în vizită are două componente, prima de interviu al pacientului, cu o durată de 10 min., urmată de parcurgerea traseului declarat de pacient, cu o durată de 20 min. Se solicită copie după FO și se urmărește pe traseu și concordanța între elementele obținute în urma interviului, consemnările din FO și alte documente medicale.
- ✓ Lista de verificare nr. 26. Interviul pacientului (formular ANMCS prin aplicare chestionarului) se generează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei, se validează de către evaluatorul din categoria “alte specialități”.
- ✓ Lista de verificare nr. 27. Interviul angajatului (formular ANMCS prin aplicarea chestionarului) se generează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei, se validează de către evaluatorul din categoria “alte specialități”.
- ✓ Lista de verificare nr. 28. FO/documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - se generează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul vizitei, se validează de către evaluatorul din categoria “medic”.
- ✓ Lista de verificare nr. 29. Simularea urgenței în spital – se generează o singură dată, prin centralizarea datelor culese în timpul simulărilor efectuate în fiecare locație a spitalului, se validează de către evaluatorul din categoria “medic”.
- ✓ Când nu este specificată perioada de colectare a datelor, se va lua în considerare **ultimul an calendaristic încheiat**.
- ✓ În cazul în care întrebarea nu este aplicabilă pentru specificul spitalului, se completează **NA** (nu se aplică) și se justifică pertinent la rubrica observații.
- ✓ Pentru situația în care nu au fost întâlnite situații menționate în indicator, se completează **Nu a fost cazul** și se justifică pertinent la rubrica observații.
- ✓ Completarea indicatorilor cu **NU** se justifică pertinent la rubrica observații.

#### **Recomandări particularizate în funcție de modalitatea de completare a listelor de verificare:**

- ✓ Liste de verificare completate utilizând aplicația **CaPeSaRo** – descrise la capitolul 7.4.2.1. Utilizarea aplicației CaPeSaRo
- ✓ Liste de verificare completate în **format letric** în unitățile sanitare cu paturi în care nu este posibilă utilizarea aplicației CaPeSaRo în anumite situații – acestea sunt încărcate la sfârșitul zilei în aplicație. Pentru acestea, recomandăm respectarea următoarelor indicații:
  - Corespondența cu spitalul se desfășoară prin intermediul evaluatorului coordonator, se înregistrează în registrul de evaluare, se anexează în copie acestuia și se depune la **ANMCS împreună cu dosarul de evaluare**, în cazul în care nu este utilizată aplicația CaPeSaRo.
  - Fiecare listă de verificare trebuie să fie semnată cu numele și prenumele în clar, atât de către evaluator cât și de către interlocutor/interlocutori, după caz.
  - Listele de verificare se completează cu pix/cerneală de culoare albastră pe suport de hârtie, precum și în format electronic.
  - Documentele solicitate de evaluator se completează pe lista de verificare cu „d.s”. pentru toate documentele pe care le-a solicitat în copie conformă cu originalul. Pentru documentele primite în timpul interviului se consemnează „d.s.primit”, iar pentru cele

- care se predau până la sfârșitul zilei, cel mai târziu a doua zi dimineață, rămâne consemnat „d.s.”.
- Documentele care au fost solicitate și consemnate cu ”d.s.” și care ulterior nu au fost primite/predate până la termenul stabilit, se adaugă după ”d.s.” însemnul ”n.” (neprimit/nepredat).
  - La terminarea aplicării listei de verificare, aceasta este semnată pe fiecare pagină de evaluator și de interlocutorul acestuia și o copie a listei completate este predată interlocutorului. După predarea unei copii către interlocutor, lista de verificare în format letric NU mai poate fi modificată.
  - Documentele solicitate se predau de către spital pe bază de opis, semnat de către reprezentanții spitalului și se înregistrează la registratura spitalului și în registrul comisiei de evaluare. Toate documentele predate de către spital în copie se consemnează cu sintagma ”conform cu originalul” și se semnează olograf de către reprezentantul spitalului, pe fiecare pagină.
  - Lista centralizatoare a documentelor solicitate se completează de către secretarul comisiei de evaluare și cuprinde toate documentele solicitate de evaluatori.
  - **Rubrica de observații** din cadrul listelor de verificare se completează de mână, cu litere de tipar.

#### 7.4.2.1. Utilizarea aplicației CaPeSaRo

**Aplicația-portal CAPESARO** este instrumentul informatic al ANMCS prin care sunt colectate informații de către ANMCS, sunt centralizate documente, sunt oferite evaluatorilor, spitalelor informații sau instrumente de lucru. Prin accesul restricționat cu user și parolă și securizat, se asigură confidențialitatea dar și disponibilitatea și viteza de comunicare, informațiile din partea spitalelor, evaluatorilor sau ANMCS putând fi încărcate oricând, la orice oră, indiferent de locația în care se află utilizatorul.

Aplicația CAPESARO este folosită de evaluatori, fiind alocat accesul la resurse sau informații legate de spitale în funcție de comisia în care a fost repartizat. În perioadele în care se modifică și testează modificările la standarde sau metodologia de acreditare, utilizatorii primesc acces limitat în aplicația CAPESARO, pentru a încărca diferite documente sau pentru a descărca informații ce le sunt necesare în activitate.

Toate manualele, ghidurile, metodologiile, procedurile, instrumentele de lucru sau tipizatele se găsesc în secțiuni specifice și pot fi descărcate din aplicația CAPESARO, în funcție de drepturile și nivelul de acces acordate.

Aplicația este utilizată de evaluatori pe toată durata de desfășurare a contractului cu ANMCS pentru evaluarea USP pentru care s-a încheiat contractul. Accesul evaluatorului la documentele USP este inițiat imediat după formarea și publicarea prin Ordin al Președintelui ANMCS a CE.

Utilizarea aplicației urmărește toate etapele de evaluare. Modalitatea de utilizare a aplicației CaPeSaRo este descrisă în **Metodologia de utilizare aplicației CaPeSaRo**, valabilă la data evaluării.

### 7.4.2.2. Modalitatea de completare a listelor de verificare

În aplicația CaPeSaRo, pe interfața evaluatorului, se regăsește setul de liste. În vederea completării listei de verificare, evaluatorul accesează butonul „ADAUGĂ LISTĂ”, completează pagina de gardă a listei și indicatorii aferenți acesteia, cu toate informațiile din câmpurile specifice, și la finalul interviului apasă butonul „FINAL”. În momentul finalizării listei de verificare, aceasta se transmite automat pe e-mailul interlocutorului și pe interfața spitalului.

În situația în care, pe parcursul desfășurării interviului apare o situație neprevăzută, atât pentru evaluator cât și pentru interlocutor, completarea listei de verificare poate fi suspendată prin apăsarea butonului „SALVEAZĂ DRAFT”, informațiile completate până în acel moment fiind salvate. La momentul reluării listei, după completarea tuturor indicatorilor aferenți listei, evaluatorul apasă butonul „FINAL”.

Listele de verificare completate de fiecare evaluator pot fi vizualizate prin apăsarea butonului „VEZI VALORI” din dreptul fiecărei liste.

După finalizarea interviului evaluatorul trebuie să se asigure că primește semnătura interlocutorului pe "CENTRALIZATOR LISTE COMPLETATE", reprezentând dovada susținerii interviului precum și asumarea răspunsurilor oferite și consemnarea acestora de către evaluator.

Listele centralizatoare se completează o singură dată, prin accesarea de către evaluatori a butonului „ADAUGĂ LISTĂ”.

Prin excepție de la alin. (1) în cazul în care listele de verificare nu pot fi completate direct în aplicația CaPeSaRo, acestea se completează în format letric și se introduc la finalul zilei în aplicație, cu obligativitatea ca:

- ✓ centralizatorul de liste completate să fie semnat în ziua următoare de către interlocutorul cu care au fost aplicate listele;
- ✓ listele de verificare completate în format letric să fie returnate unității sanitare cu paturi la proxima ședință de informare zilnică.

The screenshot displays the 'L1 Autorizări, avize și certificări ale calității' section of the CaPeSaRo application. It features a header with logos for the Ministry of Health and ANMCS, and a navigation menu. A yellow box contains a 'CONSENS' section with instructions. Below, a table lists verification items with columns for 'Cod / ENUNȚ', 'TIP', 'MODALITATE DE VALIDARE', 'De Validare', 'Nu a fost cazul', 'NA', 'OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI', and 'DS'. The table includes rows for hospital consent, specific authorizations, and expiration dates, each with a status indicator and a 'VEZI MODALITATEA DE VALIDARE' button.

Cod / ENUNȚ	TIP	MODALITATE DE VALIDARE	De Validare	Nu a fost cazul	NA	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI	DS
01.02.01.01 Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, etapă caz.	C		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acceptarea adresa pe cerinta cu alta validare in afara de interlocutorii	<input type="checkbox"/>
01.02.01.01.01 Autorizațiile specifice sunt în vigoare.	I	VEZI MODALITATEA DE VALIDARE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Evaluator	<input type="checkbox"/>
01.02.01.01.02 Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	I	VEZI MODALITATEA DE VALIDARE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Evaluator avizul de mediu expirat Ian 2020	<input type="checkbox"/>
01.02.01.01.03	I		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Evaluator	<input checked="" type="checkbox"/>

### 7.4.2.3. Reguli de validare ale indicatorilor:

TIP INDICATOR	NOTARE INDICATOR				MOTIVUL NĂNDEPLINIRII	REGULA DE NOTARE	MENȚIUNEA DIN RUBRICA "observații"
	DA	NU	Nu a fost cazul	N/A			
Cu "modalități cumulative de validare"	X					TOATE modalitățile de validare îndeplinite	
		X			Se alege din dropdown motivul năndeplinirii sugerat de către interlocutor	ORICARE din modalitățile de validare năndeplinite	*numărul punctului/punctelor pe care spitalul NU îl/le îndeplinește pentru validare (ex: lipsește 1 sau 1+3); ** precizări ale interlocutorului despre alte modalități decât cele solicitate de A.N.M.C.S. și prin care acesta consideră că îndeplinește cerința – se notează la rubrica Observații din dreptul cerinței (dacă este cazul);
Fără modalități de validare	X						
		X			Se alege din dropdown motivul năndeplinirii sugerat de către interlocutor		*precizări ale evaluatorului referitoare la năndeplinirea indicatorului; **precizări ale interlocutorului despre alte modalități decât cele solicitate de A.N.M.C.S. și prin care acesta consideră că îndeplinește cerința – se notează la rubrica Observații din dreptul cerinței (dacă este cazul);
			X				* precizări ale evaluatorului cu privire la aplicabilitatea indicatorului și inexistența situației descrise la nivelul spitalului;
				X			* precizări ale evaluatorului privind motivul neaplicabilității indicatorului;

### 7.4.3. Chestionare

#### 7.4.3.1. Chestionarul administrat de evaluator

- ✓ Pentru aplicarea **chestionarului pacienților**, la nivelul spitalului se vor selecționa 3 pacienți/secție inclusiv spitalizare de zi. Chestionarele pacientului sunt introduse în timp real în aplicația CaPeSaRo.
- ✓ Selecționarea repondenților din rândul pacienților se va face luând în considerare durata de spitalizare a acestora astfel se vor selecționa acei pacienți care sunt spitalizați de minimum 3 zile – maxim 7 zile, pentru pacienții internați în spitalizare continuă. Excepție de la această regulă sunt chestionarele aplicate în spitalizarea de zi.
- ✓ Chestionarele NU se aplică în ATI/TI/TIC și în UPU/CPU.
- ✓ În secțiile de neonatologie chestionarul se aplică mamei copilului internați.
- ✓ În secțiile de pediatrie chestionarul se aplică mamei copilului internați, pentru copii până la 14 ani sau direct copiilor cu vârste cuprinse între 15 și 18 ani.
- ✓ În cazul spitalelor de psihiatrie se vor selecționa pacienții care au discernământ. Se solicită spitalului lista cu pacienții cu discernământ, din care evaluatorul alege pacienții cu care aplică interviul. Nu se vor aplica chestionare în spitalele de tip penitenciar și/sau pentru măsuri de siguranță.
- ✓ **Chestionarul angajatului**, un singur formular ANMCS se aplică sub formă de interviu reprezentantului angajaților, de către același evaluator care completează lista de verificare nr. 16

#### 7.4.3.2. Chestionarul auto-administrat

**Chestionarul angajatului**, formular ANMCS se aplică utilizând tehnica chestionarului autoadministrat. Chestionarul se administrează unui număr de **minim 10 angajați, maxim 5% din numărul total de angajați**, avându-se în vedere acoperirea tuturor departamentelor, respectiv a tuturor categoriilor de angajați (ex: de pe una dintre secții se poate selecta un medic, iar de pe o altă secție un asistent medical/infirmier etc).

#### 7.4.4. Minute de ședință

Minuta de ședință – este documentul care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentanții spitalului evaluat;

##### 7.4.4.1. Minuta ședinței de deschidere

Minuta ședinței de deschidere se completează la finalul primei zile de vizită, se completează în aplicația CaPeSaRo, se printează, se semnează de către evaluatori și de către membri echipei de management al USP, se înregistrează în Registrul de intrări – ieșiri al CE și în cel al USP. Aceasta are ca anexă centralizatorul de prezență al angajaților din cadrul USP care au participat la ședință.

✓ După înregistrarea și obținerea semnăturilor, se încarcă în format PDF de către responsabilul cu managementul documentelor în aplicația CapeSaRo la secțiunea – MINUTA ȘEDINȚEI DE DESCHIDERE.

#### 7.4.4.2. Minuta ședinței zilnice

Minuta ședinței zilnice se completează la începutul fiecărei zile de vizită cu excepția primei și ultimei zile, se completează în aplicația CaPeSaRo, se printează, se semnează de către evaluatori și de către membri echipei de management al USP, se înregistrează în Registrul de intrări – ieșiri al CE și în cel al USP. Aceasta are ca anexă centralizatorul de prezență al angajaților din cadrul USP care au participat la ședință.

✓ După înregistrarea și obținerea semnăturilor, se încarcă în format PDF de către responsabilul cu managementul documentelor în aplicația CapeSaRo la secțiunea – MINUTA ȘEDINȚEI ZILNICE.

#### 7.4.4.3. Minuta ședinței de informare finală

Minuta ședinței de informare finală se completează la finalul ultimei zile de vizită, se completează în aplicația CaPeSaRo, se printează, se semnează de către evaluatori și de către membri echipei de management al USP, se înregistrează în Registrul de intrări – ieșiri al CE și în cel al USP. Aceasta are ca anexă centralizatorul de prezență al angajaților din cadrul USP care au participat la ședință.

✓ După înregistrarea și obținerea semnăturilor, se încarcă în format PDF de către responsabilul cu managementul documentelor în aplicația CapeSaRo la secțiunea – MINUTA ȘEDINȚEI DE INFORMARE FINALĂ.

#### 7.4.4.4. Minuta ședinței echipei de evaluare

Minuta ședinței echipei de evaluare se completează la finalul fiecărei zile de vizită cu excepția ultimei zile, se completează în aplicația CaPeSaRo, se printează, se semnează de către evaluatori și de către membri echipei de management al USP, se înregistrează în Registrul de intrări – ieșiri al CE și în cel al USP. Aceasta cuprinde centralizatorul de prezență al evaluatorilor care au participat la ședință.

✓ După înregistrarea și obținerea semnăturilor, se încarcă în format PDF de către responsabilul cu managementul documentelor în aplicația CapeSaRo la secțiunea – MINUTA ȘEDINȚEI ECHIPEI DE EVALUARE.

#### 7.4.5. Fișa de simulare a unei urgențe

Fișa de simulare a urgenței - tipizat A.N.M.C.S. se aplică indiferent de structură și specificul spitalului pentru fiecare locație cu paturi a USP, simulându-se stop cardio-respirator. Se alege locul cel mai îndepărtat de UPU/ CPU/ camera de gardă/ ATI.

✓ Simularea urgenței se realizează de către:

a) doi dintre membrii CE, unul fiind obligatoriu medic, acesta fiind cel care urmărește desfășurarea simulării și completează fișa;

b) medicul din CE împreună cu un pacient, după obținerea acordului acestuia.

✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo.

#### **7.4.6. Fișa de simulare a intrării neautorizate în blocul operator/de nașteri, unitate operatorie independentă, sală de operații/nașteri, ATI, neonatologie**

Fișă de simulare a intrării neautorizate în BO/BN/UOI/SO/ATI/NN - formular tipizat A.N.M.C.S. Completat de către evaluator pe parcursul vizitei de evaluare pentru fiecare BO, BN, UOI, SO, ATI, NN din structura spitalului.

- ✓ Pentru aplicarea Fișe de simulare a intrării neautorizate , evaluatorul va încerca pătrunderea prin orice cale de acces în vederea stabilirii nivelului de siguranță care se impune acestor zone specifice.
- ✓ Este completat de către evaluator pe parcursul vizitei de evaluare pentru fiecare BO, BN, UOI, SO, ATI, NN din structura spitalului.
- ✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo.

#### **7.4.7. Fișa de evaluare a unui indicator critic**

Fișă de evaluare a indicatorului critic - tipizat A.N.M.C.S. se completează în scopul verificării îndeplinirii indicatorilor critici, pe toată perioada vizitei de evaluare.

- ✓ Fiecare evaluator întocmește câte o „Fișă de evaluare a indicatorului critic” pentru fiecare indicator critic aplicabil structurii evaluate.
- ✓ În situația în care se constată neîndeplinirea indicatorului critic, evaluatorul înștiințează președintele CE, completează și transmite formularul acestuia și așteaptă hotărârea A.N.M.C.S. cu privire la continuarea sau întreruperea vizitei de evaluare.
- ✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo.

#### **7.4.8. Fișa de simulare a evacuării în caz de incendiu**

- ✓ Fișa de simulare a evacuării în caz de incendiu - formular tipizat A.N.M.C.S. completat de către evaluatori în timpul vizitei, o singură dată, indiferent de specificul și mărimea spitalului.
- ✓ În vederea stabilirii scenariului pentru aplicarea Fișei de simulare a evacuării în caz de incendiu, echipa de evaluatori trebuie să identifice la nivelul spitalului locurile sensibile cu privire la securitatea și siguranța pacienților și a angajaților în caz de incendiu.
- ✓ Se vor alege secțiile/saloanele unde sunt pacienți imobilizați sau cu deficiențe de deplasare și se va stabili cu exactitate locul de desfășurare a simulării. Se va selecta un pat fără pacient și se va evacua în condiții de siguranță până la locul de adunare din exteriorul spitalului.
- ✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo.

#### **7.4.9. Fișa de verificare a completării FO**

Fișa de verificare a completării FO. Prezentarea modalității de selectare a Foilor de Observație depersonalizate: 3/fiecare secție din arhiva temporară + 3 foi pentru pacienții decedați/spital.

- ✓ Evaluatorii vor selecționa foile de observație aferente protocoalelor studiate de aceștia în perioada de pre-vizită. A.N.M.C.S. recomandă ca auditul foilor de observație să se realizeze ulterior aplicării interviului cu șeful de secție astfel încât acesta să participe la această activitate.

#### **7.4.10. Fișa de de identificare și evidențiere a disfuncționalităților (FIED)**

Fișă de identificare și evidențiere a disfuncționalităților (FIED) - formular tipizat A.N.M.C.S. Completat de către evaluatori în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, stări de fapt care perturbă desfășurarea acesteia.

- ✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo.

#### **7.4.11. Fișa de constatare a situațiilor deosebite (FCSD)**

Fișă de constatare a situațiilor deosebite (FCSD) - formular tipizat A.N.M.C.S. completat de către comisia de evaluare, care menționează stări de fapt care împiedică desfășurarea vizitei de evaluare sau care pun în pericol siguranța pacientului sau a angajaților spitalului, transmis președintelui A.N.M.C.S. și care poate atrage întreruperea vizitei de evaluare.

- ✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo

#### **7.4.12. Notă de constatare**

Notă de constatare - formular tipizat A.N.M.C.S. completat de către evaluator pe parcursul desfășurării vizitei de evaluare, în cazul în care se constată neconcordanță între Fișa de identificare a spitalului - privind structura și situația întâlnită de către evaluatori la fața locului.

- ✓ Se completează obligatoriu toate câmpurile formularului, se înregistrează în Registrul CE și cel al USP, ulterior introducându-se în aplicația CaPeSaRo.

#### **7.4.13. Registrul de evidență a documentelor CE în vederea acreditării**

Registrul de evidență a documentelor CE în vederea acreditării - formular tipizat A.N.M.C.S. se completează în aplicația CaPeSaRo în rubrica „Registrul de intrări-ieșiri”.

- ✓ Evaluatorul adaugă număr completând câmpurile specifice, în funcție de tipul documentului (intrare/ieșire) și ulterior, numărul generat, va fi folosit pentru documentul în cauză. În situația în care un număr a fost generat eronat, Președintele CE este singurul care poate anula numărul respectiv, prin apăsarea butonului „ANULARE NUMĂR”.

#### 7.4.14. Centralizatorul de date statistice

Centralizatorul de date statistice reprezintă fișierul în format excel care conține date referitoare la activitatea medicală și financiară desfășurată la nivelul spitalului. Centralizatorul este complet de către reprezentantul spitalului asumat prin semnătură și înregistrat în registrul USP și în cel al CE.

#### 7.4.15. Elaborarea proiectului raportului și a raportului de evaluare

##### Proiectul Raportului de Evaluare (PRE).

- ✓ PRE conține neconformitățile identificate în listele de verificare pe parcursul vizitei de evaluare, completate de fiecare membru al CE, așa cum au fost distribuite conform Programului vizitei de evaluare.
- ✓ După generarea PRE de către toți membri comisiei de evaluare, responsabilul cu managementul documentelor din cadrul CE descarcă și completează PRE cu toate informațiile suplimentare, se asigură că forma lui este corectă și îl încarcă în format PDF în aplicația CaPeSaRo însoțit de adresa de înaintare.
- ✓ În situația în care un evaluator nu este de acord cu conținutul PRE acesta informează prin e-mail CE și președintele CE cu privire la obiecțiunile sale. Responsabilul cu managementul documentelor din cadrul CE face modificările necesare și încarcă PRE în aplicația CaPeSaRo
- ✓ Membri CE confirmă conținutul și forma PRE accesând fiecare în parte butonul „APROBĂ PRE”.
- ✓ După aprobarea PRE de către CE, acesta se transmite către președintele CE care verifică forma PRE și bifează „APROB TRANSMITERE PRE”.
- ✓ În situația în care PRE nu respectă formatul prestabilit, Președintele CE returnează PRE prin apăsarea butonului „ÎNTOARCE PRE”, pentru a fi modificat de către responsabilul cu managementul documentelor din cadrul CE, reluându-se pașii anteriori
- ✓ Bifarea „APROB TRANSMITERE PRE” de către Președintele CE conduce la:
  - a) PRE este transmis către USP prin intermediul aplicației CaPeSaRo în vederea formulării eventualelor obiecțiuni;
  - b) transmiterea unui mesaj standard de informare prin intermediul aplicației CaPeSaRo, către USP, tuturor membrilor CE inclusiv președintelui CE, cu privire la finalizarea PRE și la termenul de transmitere a obiecțiunilor, în cazul în care acestea există;
- ✓ În situația în care spitalul nu formulează obiecțiuni, acesta va încărca la rubrica „LIPSĂ OBIECȚIUNI ASUPRA PRE” o adresă prin care informează CE că nu formulează obiecțiuni asupra PRE.
- ✓ În situația în care spitalul formulează obiecțiuni asupra PRE:
  - a) USP completează formularul existent în aplicația CaPeSaRo, la rubrica „OBIECȚIUNI ASUPRA PRE” în termen de 5 zile lucrătoare de la primirea PRE. După finalizarea formulării obiecțiunilor și încărcarea documentelor justificative, USP transmite obiecțiunile prin accesarea butonului „FINALIZARE OBIECȚIUNI”;
  - b) membrii CE primesc un mesaj standard de informare transmis de către aplicația CaPeSaRo, asupra finalizării obiecțiunilor având obligația exprimării punctelor de vedere asupra acestora în termen de 2 zile lucrătoare. Pentru confirmarea îndeplinirii obligației, evaluatorii accesează butonul „FINALIZEAZĂ PUNCT DE VEDERE ASUPRA OBIECȚIUNILOR”. În situația în care, termenul stabilit nu este respectat de către evaluatori, se vor aplica sancțiunile prevăzute în Codul de conduită al evaluatorilor de servicii de sănătate.

c) membrii comisiei de analiză a obiecțiunilor și președintele CE sunt informați printr-un mesaj standard de informare transmis de către aplicația CaPeSaRo, cu privire la finalizarea de către evaluatori a exprimării punctelor de vedere, având obligația ca în termen de 3 zile lucrătoare să soluționeze obiecțiunile formulate de către USP. Pentru confirmarea soluționării obiecțiunilor, este necesar:

- accesarea butonului „FINALIZEAZĂ SOLUȚIONARE OBIECȚIUNI” fiind transmis automat tuturor membrilor CE inclusiv președintelui, un mesaj standard de informare transmis de către aplicația CaPeSaRo;
  - predarea Procesului verbal al comisiei de analiză a obiecțiunilor formulate de către USP în procesul de evaluare în vederea acreditării, către președintele CE.
- ✓ Excepție: în situația în care, în termen de 5 zile lucrătoare de la primirea PRE, USP nu transmite obiecțiuni și nici nu încarcă o adresă care să ateste lipsa obiecțiunilor asupra PRE, se blochează accesul la secțiunea „OBIECȚIUNI ASUPRA PRE”, se consideră că USP nu a dorit formularea de obiecțiuni și se trece la următoarea etapă, elaborarea RE.

### **Raportul de Evaluare.**

- ✓ După primirea e-mailului de informare cu privire la finalizarea soluționării obiecțiunilor sau după încărcarea de către USP a adresei privind lipsa obiecțiunilor, toți membrii CE procedează la generarea în aplicația CaPeSaRo a RE.
- ✓ În situația în care există obiecțiuni, evaluatorii procedează la modificarea valențelor indicatorilor ale căror obiecțiuni au fost acceptate de CAO, prin accesarea butonului „MODIFICĂ VALENȚĂ INDICATORI – conform analiza CAO”.
- ✓ Fiecare membru al CE accesează butonul „GENEREAZĂ RE”.
- ✓ După generarea RE de către toți membrii, responsabilul cu managementul documentelor din cadrul CE descarcă, prin accesarea butonului „VEZI RE” și completează RE cu toate informațiile suplimentare.
- ✓ RE completat se încarcă în aplicația CaPeSaRo în secțiunea II. „ÎNCARCĂ RE COMPLETAT” în format word. Președintele CE verifică forma RE și procedează la:
  - a) validarea RE;
  - b) invalidarea RE prin accesarea butonului „ÎNTOARCE RE” dacă acesta nu respectă formatul prestabilit, relundându-se pașii anteriori
- ✓ După validarea RE Președintele CE contactează membrii CE și stabilește, împreună cu aceștia, data la care are loc întâlnirea privind predarea dosarului de evaluare. Întâlnirea nu poate avea loc mai devreme de 3 zile lucrătoare de la contactarea membrilor de către președintele CE.
- ✓ În aceeași zi în care a contactat membrii CE, Președintele CE transmite prin e-mail, secretarului Comisiei de recepție, data stabilită pentru predarea dosarului de evaluare.
- ✓ Asumarea prin semnătură a RE are loc la sediul A.N.M.C.S. la data stabilită pentru predarea dosarului de evaluare.
- ✓ Ulterior semnării, RE se încarcă în aplicația CaPeSaRo în format PDF, împreună cu adresa de înaintare, accesând butonul „ÎNCĂRCĂ RE”.
- ✓ Membri CE confirmă conținutul și forma RE accesând fiecare în parte butonul „APROBĂ RE”.
- ✓ După aprobarea RE de către CE, președintele CE verifică forma RE și bifează „APROBĂ TRANSMITEREA RE”, moment în care RE este vizibil pe interfața spitalului.
- ✓ Prin grija comisiei de evaluare un exemplar al RE însoțit de adresa de înaintare, se transmite către spitalul evaluat spre informare, prin curier/poștă cu confirmare de primire, iar un alt exemplar se atașează Dosarului de Evaluare.

## 8. DEFINIȚII

**„Eveniment advers”** - eveniment considerat prevenibil, care reprezintă afectarea neintenționată și nedorită a sănătății, rănirea, îmbolnăvirea, dizabilitatea temporară sau permanentă sau chiar moartea pacientului, asociată asistenței medicale.

Evenimente adverse:

- Infecții asociate asistenței medicale ( aprox. 25% din ev. adverse)
- Erori de medicație
- Erori chirurgicale
- Erori de diagnostic
- Erori cauzate de dispozitive medicale
- Lipsa acțiunii după obținerea rezultatelor testelor

**„Infecții asociate asistenței medicale”** înseamnă boli sau patologii legate de prezența unui agent infecțios sau a produselor acestuia ca urmare a expunerii la instalațiile asistenței medicale sau la procedurile sau tratamentele acesteia;

**„Siguranța pacienților”** înseamnă libertatea, pentru un pacient, de a nu fi supus vătămării inutile sau potențiale asociate cu asistența medicală;

**„Viziune”** reprezintă o stare ideală proiectată în viitor și care configurează o posibilă și dezirabilă dezvoltare a organizației respective;

**„Misiune”** reprezintă rațiunea de a fi și de a crea valoare pentru societate. Misiunea unei organizații comunică ce este organizația respectivă și ce vrea ea să facă pentru această societate;

**„Plan strategic”** Integrarea tuturor obiectivelor strategice formulate pentru organizație, pentru o perioadă de 4-5 ani, împreună cu strategiile prin care se vor obține aceste obiective și resursele necesare, într-un singur document la nivelul organizației constituie planul strategic;

**„Indicator de proces”** înseamnă un indicator care se referă la respectarea activităților convenite, cum ar fi igiena mâinilor, supravegherea, procedurile standard de operare;

**„Indicator de structură”** înseamnă un indicator care se referă la orice resursă (personal, infrastructură, servicii)

**„Farmacovigilența”** conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, farmacovigilența este știința legată de detectarea, evaluarea, înțelegerea și prevenirea reacțiilor adverse/efectelor indesezirabile sau a altor probleme legate de efectul și riscul administrării medicamentelor în condițiile "reale" de utilizare.

**„Reacție adversă”** este o reacție dăunătoare și neintenționată, care apare la administrarea unui medicament la doze utilizate în mod normal la om pentru profilaxia, diagnosticul sau tratamentul bolii

sau pentru modificarea unor funcții fiziologice; *este suspectată o relație cauzală directă între administrarea unui produs medicamentos și apariția unui efect advers.*

**Analiza SWOT** este o metodă a planificării strategice, frecvent utilizată, pentru a evalua punctele tari, punctele slabe, oportunitățile și amenințările unei organizații. SWOT: **STRENGTHS** (puncte tari); **WEAKNESSES** (puncte slabe); **OPPORTUNITIES** (oportunități); **THREATS** (amenințări).

**Comisia de analiză a obiecțiilor** – Comisia de analiză a obiecțiilor formulate de către spitale in procesul de evaluare în vederea acreditării

## Declarație

de disponibilitate privind participarea la evaluarea spitalelor  
în vederea acreditării de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate  
în perioada .....  
și referitor la incompatibilitatea sau conflictul de interese\*,  
în raport cu spitalele din lista celor cuprinse în planificarea ANMCS pentru perioada pentru care se  
solicita disponibilitatea

Subsemnatul/a (nume, prenume) ....., CNP  
....., C. I. Seria ... nr. .... eliberată de ..... în data de .....,  
valabilă până la data de ....., cu profesia de ....., tel.  
.....,

posesor/posesoare al/a certificatului de evaluator de spitale seria ..... nr. .... eliberat de  
către Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor / Școala Națională de Sănătate Publică,  
Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar BUCUREȘTI (se va lăsa nebarată instituția  
emitentă, după caz), la data de .....,

angajat la ..... cu sediul în județul .....  
adresa....., având funcția de .....

cu domiciliul în județul ....., localitatea ....., adresa  
.....,

și reședința (dacă reședința sau locul de munca este în altă localitate decât cea de domiciliu) în județul  
....., localitatea ....., adresa  
.....,

luând cunoștință de Codul de Conduită al evaluatorilor Co.N.A.S. (în vigoare și în cadrul A.N.M.C.S.),  
înțelegând regimul incompatibilității și conflictului de interese, prin prezenta mă declar disponibil(ă) /  
indisponibil(ă)\* în vederea participării la evaluarea spitalelor programate în următoarea perioadă:

perioada

.....

DA

NU

Data .....

.....

Semnătura

\*exemplu de completare pentru disponibilitate / indisponibilitate în unul dintre cele două intervale  
(perioade):

Indisponibil

DA

NU

Disponibil

DA

NU

Subsemnatul/Subsemnata .....

cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la infracțiunea de fals în declarații, precum și pe cele ale: Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată; Legii nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, republicată, cu modificările și completările ulterioare; Legii nr. 161/2003 privind unele măsuri pentru asigurarea transparenței în exercitarea demnităților publice, a funcțiilor publice și în mediul de afaceri, prevenirea și sancționarea corupției, cu modificările și completările ulterioare; prevederile tuturor actelor normative incidente activității sau funcției pe care o exercit,

prin prezenta, asumându-mi răspunderea pentru cele declarate, **declar pe proprie răspundere că NU MĂ AFLU în stare de incompatibilitate sau conflict de interese**, astfel cum sunt reglementate de dispozițiile legale în vigoare precum și în Codul de conduită a evaluatorilor de spitale înscriși în Registrul evaluatorilor de spitale al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, **cu nici una din Comisiile de evaluare a spitalelor pentru care pot fi repartizat(ă) și care sunt incluse în lista anexată (lista cuprinsă în anexa la Ordinul Președintelui ANMCS pentru aprobarea spitalelor ce vor fi evaluate în perioada 22-26.10.2018, pentru care se solicita declarația de disponibilitate).**

Data,

.....

**Declarant,**

*(numele și prenumele în clar, semnătura)*

*În cazul în care declarantul este în stare de incompatibilitate/conflict de interese cu unul sau mai multe spitale ce urmează a se evalua, în perioada pentru care se solicită disponibilitatea, se va/vor menționa explicit, spitalul/spitalele cu care declarantul se afla în situație de incompatibilitate/conflict de interese/indisponibilitate. Se va anexa lista acestora, sub semnătura privată a declarantului, cu detalierea/motivarea conflictului de interese/incompatibilității/indisponibilității, ținându-se cont și de situațiile legate de județul de domiciliu / reședință / loc de muncă.*

## Anexa 2

### DECLARAȚIE DE INTEGRITATE la solicitarea disponibilității evaluatorului pentru perioada .....

**Nume și prenume evaluator:** ....., cu domiciliul în județul ..... și reședința/ locul de muncă (doar dacă reședința sau locul de munca este în alt județ decât cel de domiciliu) în județul ....., CNP .....

**În raport cu toate unitățile sanitare cu paturi\* supuse evaluării în perioada .....**  
referitor la întrebările/situațiile de mai jos, **declar următoarele:**

SITUAȚII ÎN CARE NU POT DESFĂȘURA ACTIVITATEA DE EVALUARE ÎN CADRUL UNUI SPITAL:	DA	NU	OBSERVAȚII
SUNTEȚI SOȚ/SOȚIE, RUDĂ ORI AFIN PÂNĂ LA GRADUL AL IV-LEA INCLUSIV CU PERSOANE AFLATE ÎN CONDUCEREA SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
AVEȚI CALITATEA DE ASOCIAȚ SAU ACȚIONAR LA SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII/ DOCUMENTĂRII?			
AȚI MAI DESFĂȘURAT ACTIVITĂȚI ÎN CADRUL/ÎN LEGĂTURĂ CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII (CONTROALE, CONSULTANȚĂ, EVALUĂRI)?			
SUNTEȚI SEMNATAR SAU CO-SEMNATAR AL DOCUMENTELOR, PROGRAMELOR ȘI ALTOR PRODUSE MANAGERIALE ALE SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
AVEȚI RELAȚII CU CARACTER PATRIMONIAL SAU VREUN INTERES PERSONAL DE NATURĂ PATRIMONIALĂ, DUMNEAVOASTRĂ, SOȚUL/SOȚIA, SAU RUDELE ORI AFINII PÂNĂ LA GRADUL AL IV-LEA INCLUSIV, ÎN LEGĂTURĂ CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII SAU AȚI AVUT ÎN ULTIMII 5 ANI?			
AVEȚI SAU AȚI AVUT, ÎN ULTIMII 3 ANI, DUMNEAVOASTRĂ, SOȚUL/SOȚIA, SAU RUDELE ORI AFINII PÂNĂ LA GRADUL AL II-LEA INCLUSIV, RELAȚII DE NATURĂ PROFESIONALĂ SAU DIDACTICĂ (MASTERAND, DOCTORAND, ETC.) CU ORGANIZAȚIILE SUPUSE EVALUĂRII SAU CU MEMBRII DIN CONDUCEREA ACESTORA SAU DEȚINÂND FUNCȚII CE PRESUPUN CALITATEA DE INTERLOCUTOR LA APLICAREA LISTELOR DE VERIFICARE (SE VA LUA ÎN CONSIDERARE INCLUSIV RELAȚIONAREA ÎN ASOCIAȚII PROFESIONALE, PREZENTAREA/PARTICIPAREA LA COMISII DE EXAMINARE, CONCURS, DOCTORAT, ATESTAT, ETC.)?			
AȚI FOST IMPLICAT, ÎNTR-O PERIOADĂ DE 3 ANI ANTERIOARĂ DATEI DESFĂȘURĂRII PROCEDURILOR DE EVALUARE A SPITALELOR, ÎNTR-O DISPUTĂ CU PERSOANE DIN CONDUCEREA SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
SUNTEȚI IMPLICAT DVS./ SOȚUL/ SOȚIA/ RUDELE/ AFINII PÂNĂ LA GRADUL IV INCLUSIV ÎNTR-O ACȚIUNE ÎN JUSTIȚIE CU SPITALELE CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII SAU CU PERSONALUL ACESTORA?			
AȚI AVUT/AVEȚI FUNCȚII SAU AȚI FOST/SUNTEȚI IMPLICAT(Ă) ÎN ULTIMII 3 ANI ÎNTR-UN ALT MOD ÎN ACTIVITATEA SPITALELOR CE VOR FI SUPUSE EVALUĂRII?			
SUNTEȚI SOȚ/ SOȚIE/ RUDĂ/ AFIN PÂNĂ LA GRADUL II INCLUSIV CU ANGAJAȚII A.N.M.C.S.?			
AVEȚI IDEI PRECONCEPUTE FAȚĂ DE PERSOANE, GRUPURI, ORGANIZAȚII SAU OBIECTIVE ÎN LEGĂTURĂ CU SPITALELE CE			

SITUAȚII ÎN CARE NU POT DESFĂȘURA ACTIVITATEA DE EVALUARE ÎN CADRUL UNUI SPITAL:	DA	NU	OBSERVAȚII
VOR FI SUPUSE EVALUĂRII, CARE AR PUTEA SĂ VĂ INFLUENȚEZE ÎN ACTIVITATEA DE EVALUARE?			
AȚI ACORDAT ASISTENȚĂ SAU CONSULTANȚĂ SPITALELOR FOLOSIND STATUTUL DE ABSOLVENT AL PROGRAMULUI DE FORMARE ȘI PERFEȚIONARE A EVALUATORILOR CERTIFICAȚI DE Co.N.A.S./A.N.M.C.S./ SNSPMPDS SAU ÎN NUMELE Co.N.A.S./A.N.M.C.S., FĂRĂ A AVEA O ÎMPUTERNICIRE EMISĂ ÎN MOD EXPRES DE Co.N.A.S./A.N.M.C.S. ÎN ACEST SCOP?			
AVEȚI CALITATEA DE DEMNITAR PUBLIC SAU FUNCȚIONAR PUBLIC, ASTFEL CUM SUNT ACEȘTIA DEFINIȚI PRIN LEGEA NR. 161/2003?			
AȚI LUAT CUNOȘTINȚĂ ȘI VĂ ASUMAȚI CODUL DE CONDUITĂ A EVALUATORILOR AFLAT ÎN VIGOARE?			

**\*Prin unitățile sanitare cu paturi supuse evaluării se înțelege lista spitalelor aprobată de Presedintele ANMCS pentru care se va solicita disponibilitatea evaluatorilor.**

**Suplimentar, se poate atașa o anexă (cu numele și semnătura evaluatorului) pentru observații sau explicații cu privire la relația față de spitalele ce vor fi supuse evaluării și pentru care se solicită declarația.**

**Dacă până la desemnarea comisiilor în vederea evaluării apare orice incompatibilitate personală dintre cele enumerate mai sus, mă oblig să notific, de îndată, în scris, conducerea A.N.M.C.S. și pe președintele Comisiei de evaluare, dacă acesta a fost desemnat.**

**Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la infracțiunea de fals în declarații, declar pe proprie răspundere că toate datele și informațiile cuprinse în prezenta declarație sunt reale și conform legii.**

**Evaluator,**  
(numele și prenumele în clar) .....

**Semnătură.....**

**Data.....**