



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



NR 2446/ANMCS/31.05.2023

APROB,
PREȘEDINTE COLEGIU DIRECTOR AL
AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

Valentin - Florin CIOCAN

RAPORT DE ACREDITARE

SPITALUL ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ
Cod ANMCS: A50135

Localitatea Luduș, Județul Mureș

CUPRINS

Preambul	3
1.1 Obiectivele și scopul acreditării	3
1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi	4
2. Informații generale	7
2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi	7
2.2 Vizita de evaluare.....	11
3. Prezentarea rezultatelor obținute și încadrarea unității sanitare în categoria de acreditare.....	12
4. Prelucrarea și analiza datelor obținute în urma procesului de evaluare.....	14
4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional	14
4.2 Referința 02 - Managementul clinic.....	52
4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului.....	99
5. Aprecieri și recomandări	109
6. Anexă la raportul de acreditare.....	111

Preambul

1.1 Obiectivele și scopul acreditării

Acreditarea unităților sanitare:

- este 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;
- este un proces de evaluare externă și, principal, independent, realizat de persoane special pregătite pentru aceasta – evaluatori;
- se focalizează pe trei dimensiuni: implementarea sistemului de management al calității, organizarea proceselor în vederea acreditării serviciilor de sănătate și îmbunătățirea practicilor profesionale;
- privește spitalul ca pe un ansamblu de procese desfășurate de o organizație, având ca rezultat serviciile de sănătate centrate pe pacient.

Scopul acreditării

- Serviciile de sănătate să asigure condițiile de siguranță a pacientului, a personalului 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.

1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi

Condițiile minime obligatorii generale pentru clasificarea unității sanitare cu paturi în categoriile de acreditare sunt:

- fiecare standard de acreditare să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%;
- indicatorii critici privind siguranța pacientului să fie îndepliniți în proporție de 100%.

Criteriile în baza cărora se realizează încadrarea în categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare, sunt următoarele:

- punctajul total obținut în urma evaluării conformității cu cerințele standardelor Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate;
- ponderea indicatorilor cu valoare (-10) aplicabili unității sanitare;
- nivelul de îndeplinire a cerințelor privind obținerea autorizației sanitare de funcționare, exprimat prin existența sau inexistența unui plan de conformare.

Categoria de acreditare	Criterii și condiții cumulative				Observații	
	Criterii			Condiții		
	1. Punctaj total	2. Indicatori punctați cu (-10)	3. Plan de conformare la ASF	1. fiecare standard să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%		2. indicatori critici 100% îndepliniți
Categoria I Acreditat	cel puțin 90%	nu există	fără plan de conformare	-fiecare standard de acreditare să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%; -indicatori critici privind siguranța pacientului 100% îndepliniți	fără recomandări	
Categoria II Acreditat cu recomandări	cel puțin 70%	mai puțin de 10% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective	termenul de îndeplinire a planului de conformare, asumat de către unitatea sanitară cu paturi și de către forul tutelar sau patronat, să fie de maximum 12 luni de la emiterea acestuia.		- În cazul îndeplinirii în integralitate a planului de conformare în perioada asumată de maximum 12 luni de la emiterea acestuia, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi în conformitate cu prevederile prezentului ordin; - În cazul neîndeplinirii planului de conformare în perioada asumată de maximum 12 luni de la emiterea acestuia, unitatea sanitară cu paturi poate solicita prelungirea termenului cu maximum 12 luni, caz în care este clasificată în categoria a III-a de acreditare, denumită "acreditat cu rezerve";	
Categoria III Acreditat cu rezerve	cel puțin 51%	mai puțin de 30% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective;	termenul de îndeplinire a planului de conformare, asumat de către unitatea sanitară cu paturi și de către forul tutelar sau patronat, să fie de maximum 24 luni de la emiterea acestuia.		- În cazul îndeplinirii în integralitate a planului de conformare în perioada asumată de maximum 24 luni de la emiterea acestuia, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi în conformitate cu prevederile prezentului ordin; - În cazul neîndeplinirii planului de conformare în perioada asumată de maximum 24 luni de la emiterea acestuia, unitatea sanitară cu paturi este clasificată în categoria a IV-a de acreditare, denumită "acreditat cu încredere redusă";	
Categoria IV Acreditat cu încredere redusă	cel puțin 51%	mai puțin de 30% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective;	termenul de îndeplinire a planului de conformare nu este asumat de către forul tutelar sau patronat, sau este asumat pentru o perioadă mai mare de 24 luni de la emiterea acestuia.		În cazul îndeplinirii în integralitate a planului de conformare, A.N.M.C.S. reanalizează încadrarea unității sanitare cu paturi în conformitate cu prevederile prezentului ordin;	

Categoria de acreditare	Criterii și condiții cumulative				Observații	
	Criterii			Condiții		
	1. Punctaj total	2. Indicatori punctați cu (-10)	3. Plan de conformare la ASF	1. fiecare standard să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%		2.indicatori critici 100% îndepliniți
Categoria V Decizie de prelungire a procesului de acreditare	cel puțin de 51%	cel mult 50% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective;	Indiferent de existența sau inexistența unui plan de conformare	-prin excepție de la condițiile minime obligatorii generale pentru clasificarea unităților sanitare cu paturi în categoriile I,II,III și IV de acreditare, unitatea sanitară obține un punctaj mai mic de 51% pentru unul sau mai multe standarde de acreditare; -indicatori critici privind siguranța pacientului 100% îndepliniți.	- În situația în care încadrarea unităților sanitare cu paturi în această categorie este determinată de punctajul total de conformitate și de ponderea indicatorilor punctați cu (-10) și la sfârșitul unei perioade de maximum 6 luni de la primirea raportului de acreditare unitățile sanitare cu paturi nu solicită reanalizarea, sunt încadrate în categoria a VI-a "neacreditat"; - În situația în care încadrarea în această categorie este determinată de punctajul total de conformitate și de obținerea unui punctaj mai mic de 51% pentru unul sau mai multe standarde de acreditare, la sfârșitul unei perioade de maximum 12 luni de la primirea raportului de acreditare unitatea sanitară cu paturi poate solicita A.N.M.C.S. analiza și verificarea neconformităților care au condus la îndeplinirea sub 51% a standardelor, în vederea reîncadrării în altă categorie de acreditare. În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea raportului de acreditare, unitatea sanitară transmite, atât către ANMCS cât și către forul tutelar sau patronat, un grafic de remediere a neconformităților constatate. ANMCS sau oficiile teritoriale ale acesteia monitorizează modalitatea de respectare a graficului de remediere. În cazul în care se constată nerespectarea termenelor asumate prin graficul de remediere, ANMCS poate întrerupe procesul de acreditare, situație în care unitatea sanitară cu paturi se încadrează în categoria a VI-a "neacreditat". - Modalitatea de analiză și verificare a neconformităților menționate se stabilește prin ordin al președintelui A.N.M.C.S..	
Categoria VI Neacreditat	mai mic de 51%, sau	a obținut mai mult de 50% din indicatorii punctați cu (-10) aplicabili unității sanitare respective	Indiferent de existența sau inexistența unui plan de conformare	punctaj mai mic de 51% pentru unul sau mai multe standarde de acreditare	Nu a îndeplinit 100% indicatorii critici privind siguranța pacientului	Spitalele din această categorie se pot înscrie într-o nouă procedură de acreditare în următorul ciclu de acreditare, cu respectarea prevederilor legale în vigoare în momentul solicitării înscrierii sau, în același ciclu de acreditare la decizia Ministerului Sănătății.

2. Informații generale

2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi

Denumire Unitate Sanitara cu Paturi: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU"

Autorizație Sanitară de Funcționare (ASF) Nr.: 1399 / 25.08.2022

Pentru obiectivul: Spital Orășenesc "Dr. Valer Russu" Luduș

Cu sediul în: Luduș, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20, județul Mureș

Cod ANMCS: A50135

Localitate: Luduș

Județ: Mureș

Tip unitate sanitară cu paturi:

- Public
- Orășenesc
- General
- Categoria IV
- Pavilionar

Autoritate Tutelară: Consiliul Local Luduș

Plan de conformare: Există, termenul maxim de îndeplinire a neconformităților constatate fiind de peste 24 de luni:

- Program cadru de conformare: 1680/03.03.2017
- Program operațional: 6915/03.06.2022

Ordinul Ministerului Sănătății privind structura organizatorică: NR. XI/A/68380, 7305/ACP/222/26.11.2015;

Număr total paturi din structura unitatii sanitare cu paturi: 216 + 12 sz + 10 însoțitori

Număr total secții/compartimente de sine stătătoare:

- număr secții: 5
- număr compartimente de sine stătătoare: 3

Structura organizatorică evaluată

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Republicii, Nr. 63, județul Mureș

Secția Chirurgie Generală cu compartiment ortopedie traumatologie, Compartiment ATI, Bloc operator, Sterilizare, Unitate de transfuzie sanguină UTS, Compartiment primire urgență CPU

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Policlinicii, Nr. 3, județul Mureș

Secția Obstetrică - Ginecologie, Compartiment ATI, Sală operație, Sterilizare, Sală nașteri, Cameră de gardă, Compartiment neonatologie, Laborator analize medicale, Ambulatoriu integrat, Laborator radiologie și imagistică medicală, Compartiment de supraveghere și control infecții nozocomiale, Bloc alimentar

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Republicii, Nr. 34, județul Mureș

Medicină internă acuți, Compartiment boli cronice, Spitalizare de zi

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Republicii, Nr. 72, județul Mureș

Compartiment îngrijiri paliative, Compartiment boli infecțioase, Farmacie, Serviciu anatomie patologică cu compartiment citologie, compartiment histopatologie și prosectură

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Policlinicii, Nr. 1, județul Mureș

Secția pediatrie cu bibenorie, Cameră de gardă pediatrie

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Gheja, Str. Castelului, Nr. 1, județul Mureș

Secție psihiatrie cronici

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Ghiocelor, Nr. 2, județul Mureș

Laborator recuperare, medicină fizică și balneologie

Pentru obiectivul: SPITALUL ORĂȘENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Cu sediul în: Luduș, Str. Republicii, Nr. 74, județul Mureș

Spălătorie

Servicii TESA evaluate:

Financiar-contabil, Achizitii, Administrativ, Resurse umane, Juridic, Date statistice și suport IT, Arhivă, Structura de management al calității

Secții/compartimente și/sau servicii conexe actului medical, cuprinse în structura unitate sanitară cu paturi care *nu au fost evaluate*:

Compartiment explorări funcționale (suspendat temporar) - ASF nr. 1399/25.08.2022

Servicii externalizate: Nu este cazul

Programe naționale la care participă unitatea sanitară cu paturi:

1. VII PN DE SCREENING ORGANIZAT DE BOLI CRONICE DE IMPACT ASUPRA SĂNĂȚĂȚII PUBLICE - VII.1 SUB PROGRAM DE SCREENING ORAGANIZAT PE BAZE POPULAȚIONALE PT.CANCERUL DE COL UTERIN - FINALIZAT ÎN 31.03.2022, IAR DIN 31.02.2022 PRIN POCU 4.9 FI RESPONSABILĂ DE SĂNĂȚATEA TA - PRG. REGIONAL DE PREVENȚIE, DEPISTRARE PRECOCE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PRECOCE AL CANCERULUI DE COL UTERIN ETAPA II
2. IV PN DE SUPRAVEGHERE ȘI CONTROL AL TBC
3. XIII PN DE SĂNĂȚATE A FEMEII ȘI COPILULUI - XIII.1 SUBPROGRAM DE SANATATE ȘI NUTRITIE AL COPILULUI INTERVENȚIA 1.1.2 PREVENIREA DEFICIENȚELOR DE AUZ PRIN SCREENING AUDITIV LA NOU- NĂSCUȚI

Cercetări la care participă unitatea sanitară cu paturi: Nu este cazul

Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului: 25,04%

Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului: 60,22%

Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului: 2,83%

Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului: 20,46%

Nivelul ICM în ultimii 3 ani: 2019 - 1,1051; 2020 - 1,0636; 2021 - 1,0203

Nivelul ICM pe anul în curs: 1,0236

Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi în ultimii 2 ani: 2020 - 1,01%; 2021 - 1,70%

Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi pe anul în curs: 2,13%

Rata mortalității pe spital în ultimele 3 luni: 4,45%

Indicele de concordanță a diagnosticului de la internare cu diagnosticul la externare în ultimele 12 luni: trim.III 2021 - 63,21%; trim.IV 2021 - 63,30%; trim.I 2022 - 72,37%; trim. II - 69,40%

Rata medie de ocupare a paturilor în ultimele 24 de luni: 33,18

Durata medie de spitalizare în ultimele 24 de luni: 8,27

2.2 Vizita de evaluare

În conformitate cu prevederile Legii nr. 185/2017 *privind asigurarea calității în sistemul de sănătate*, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Regulamentului de Organizare și Funcționare al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, aprobat prin Ordinul Președintelui ANMCS nr. 114/2021, s-a întocmit prezentul Raport de Acreditare. Acesta s-a elaborat în baza dosarului de evaluare nr. 3925/ANMCS/31.10.2022.

Vizita de evaluare a fost efectuată de către Comisia de evaluare constituită în baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 243/06.09.2022, în perioada 26.09.2022 - 30.09.2022, având următoarea componență:

- Maria - Luiza FULGA, Coordonator
- Gabriela - Magdalena DINU, Președinte
- Alexandra - Silvia TERINTE, Membru
- Gina - Agnes CIUCĂ, Membru
- Mihai CĂPĂȚÎNĂ, Membru cu atribuții privind gestionare a documentelor

3. Prezentarea rezultatelor obținute și încadrarea unității sanitare în categoria de acreditare

În urma analizei documentației rezultate din procesul de evaluare în vederea acreditării, Unitatea de evaluare și acreditare a spitalelor a identificat un număr de **4210** indicatori aplicabili, din care **3459** indicatori conformi și **751** indicatori neconformi, rezultând:

- punctajul total obținut* **71.83%**
- numărul standardelor cu punctaj mai mic de 51%** **2**
- Procentajul indicatorilor cu punctaj (-10)*** **8.59%**

Unitatea sanitară **are Plan de conformare**, termenul maxim de îndeplinire a neconformităților constatate fiind de peste 24 de luni.

În baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 10/2018 *privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare*, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 95 din 31 ianuarie 2018, **SPITALUL ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ**, Județul **Mureș** se încadrează în **categoria a V-a de acreditare**.

*- *exprimarea procentuală numărului de puncte obținute, raportat la numărul maxim de puncte posibil a fi obținute de către unitatea sanitară;*

** - *numărul de standarde cu punctaj mai mic de 51% existent la nivelul unitatii sanitare cu paturi;*

*** - *numărul de indicatori cu valoare (-10) obținut, raportat procentual la numărul total de indicatori cu valoare (-10) aplicabili unității sanitare;*

Situația îndeplinirii standardelor grupate pe categorii de referință se prezintă astfel:

Capitol de Referința conform OMS 446/2017	Nr. indicatori supusi analizei	Indicatori aplicabili	Indicatori C	Indicatori NC	Indicatori N/A	Punctaj obținut	Punctaj maxim	Procent (%)
01 Managementul strategic și organizațional	2315	2215	1753	462	100	1,202.87	1899	63.34%
02 Managementul clinic	1964	1855	1612	243	109	2,134.08	2612	81.70%
03 Etica medicală și drepturile pacientului	140	140	94	46	0	119.72	199	60.16%
TOTAL	4419	4210	3459	751	209			

4. Prelucrarea și analiza datelor obținute în urma procesului de evaluare

Pentru identificarea sectoarelor de activitate în care indicatorii menționați în prezentul raport nu au fost conformi, se recomandă consultarea în aplicația Capesaro a listelor de verificare pentru fiecare sector de activitate în parte.

4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional

Scopul referinței este de a stimula spitalul să conceapă și să fundamenteze activitățile sale, pe baza strategiilor și politicilor elaborate de structurile manageriale, cu determinarea pe termen mediu și lung a scopurilor și obiectivelor organizației, cu adaptarea cursurilor de acțiune și alocarea optimă a resurselor pentru realizarea obiectivelor, potrivit misiunii organizației.

Se urmărește determinarea creșterii eficacității și eficienței spitalului și interfațarea sa optimă cu sistemul sanitar, menținând și amplificând segmentul de piață ocupat.

Obiectivele majore ale referinței sunt:

- Identificarea locului pe care spitalul îl ocupă și pe care își propune să-l ocupe pe termen mediu, în sistemul sanitar ;
- Abordarea corelativă a spitalului și a mediului în care își desfășoară activitatea ;
- Sincronizarea activităților organizației cu potențialul resurselor ;
- Stabilirea unui curs prestabilit de acțiune planificată pentru îndeplinire a obiectivelor propuse ;
- Stabilirea unei structuri de acțiuni consistente în plan comportamental, având în vedere și favorizând desfășurarea unui intens proces de învățare organizațională, cu implementarea managementului calității și dezvoltarea culturii organizaționale.

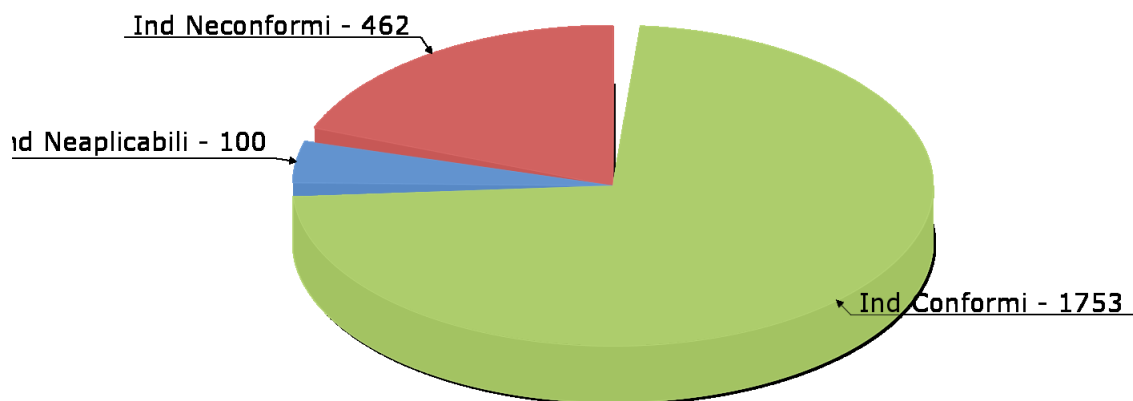
Punctaj obținut Referința 01 - 63.34%

În cadrul Referinței 01 au fost supuși analizei 2315 indicatori, fiind identificați:

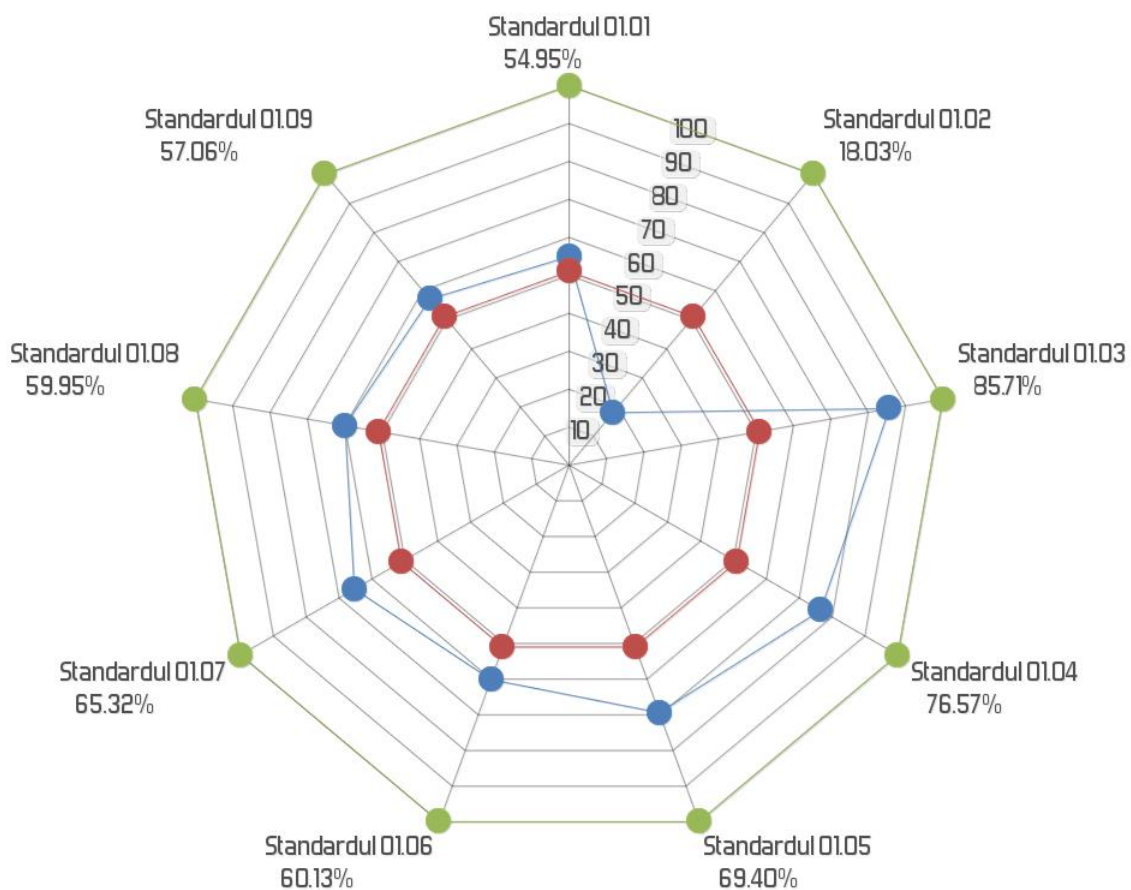
indicatori conformi	1753
indicatori neconformi	462
indicatori neaplicabili	100

obținând **1,202.87 puncte** din **1899 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **63.34%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Managementul strategic și organizațional



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 01



Situația detaliată a indicatorilor la nivel de standarde a capitolului de Referință 01, se prezintă astfel:

Standardul: 01.01

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

Scopul acestui standard este de a stimula spitalul să-și stabilească un curs de dezvoltare planificat, susținut de guvernanta spitalului, concordant cu cererea și oferta în dinamică a serviciilor de sănătate și cu obiectivele politicilor de sănătate.

Standardul solicită spitalului să-și elaboreze și implementeze un plan strategic (structură, resurse, servicii) documentat, consistent și sustenabil, cu obiective precise, de tip "SMART", plan proiectat pe termen mediu și lung, care să respecte viziunea și misiunea spitalului, asigurând integrarea, continuitatea, coerența și siguranța proceselor organizaționale și a celor clinice în interiorul organizației dar și în relație cu sistemul sanitar.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.01	Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate	91	50.00	54.95%
Criteriul 01.01.01	Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii.	30	30.00	100.00%
Cerinta 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.	20	20.00	100.00%
Cerinta 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.	10	10.00	100.00%
Criteriul 01.01.02	Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate nivelurile de decizie.	31	11.00	35.48%
Cerinta 01.01.02.01	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.	6	6.00	100.00%
Cerinta 01.01.02.02	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	20	0.00	0.00%
	Recomandari: -Elaborarea unor politici de calitate realiste pe baza analizei strategice; - Planificarea calității și a siguranței pacienților încă din etapa strategică; - Stabilirea generică a principalelor direcții strategice de acțiune pentru următorii ani și modul de canalizare a resurselor; Planul trebuie să ia în considerare avantajele, potențialul și nevoile concrete ale pacienților.			
Indicator neconform 01.01.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definiți indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului strategic privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.01.02.02.02	La nivelul spitalului existe analize periodice ale îndeplinirii obiectivelor strategice privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.01.02.03	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.	5	5.00	100.00%
Criteriul 01.01.03	Planul strategic se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.	30	9.00	30.00%
Cerinta 01.01.03.01	La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.	13	0.00	0.00%
	Recomandari: - Efectuarea analizelor periodice ale nivelului de realizare a obiectivelor; - Actualizarea obiectivelor pe baza rezultatelor analizelor; - Nominalizarea unei echipe responsabile cu evaluările periodice a Obiectivelor Strategice.			
Indicator neconform 01.01.03.01.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.01.03.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale activității echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.01.03.02	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	11	3.00	27.27%
	Recomandari: - Analiza stadiului de îndeplinire a activităților specifice fiecărui sector de activitate pentru îndeplinirea obiectivelor din Planul strategic; - Implementarea măsurilor de actualizare a graficului de activități, după caz, specifice fiecărui sector de activitate în vederea realizării obiectivelor din Planul strategic.			
Indicator neconform 01.01.03.02.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale nivelului de realizare a obiectivelor strategice, provenite de la șefii tuturor sectoarelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.01.03.03	Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.	6	6.00	100.00%
Criteriul 01.01.04	Strategia institutelor clinice și a spitalelor clinice include și dezvoltarea sectorului de cercetare științific	0	0.00	N/A
Cerinta 01.01.04.01	Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.	0	0.00	N/A
Cerinta 01.01.04.02	Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.	0	0.00	N/A
Cerinta 01.01.04.03	Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu.	0	0.00	N/A

Standardul: 01.02

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

Scopul acestui standard este de a influența spitalul să stabilească o planificare a activității sale, a proceselor și să adopte proceduri care să se bazeze pe definirea clară a problemelor identificate, pe alegerea soluțiilor, în urma evaluării alternativelor posibile, în condițiile specifice ale mediului intern și extern, evaluării riscului și asumării individuale sau colective a acestuia, ca urmare a stabilirii posibilităților de prevenire.

Standardul facilitează asimilarea de către spital a conceptului de adaptare și dezvoltare a structurii sale, de definire a rolului și planificare a activităților pe termen mediu și lung, în raport cu cerințele pieței și cu modelul de organizare și funcționare a unui spital modern.

Se dorește astfel dezvoltarea unui cadru organizațional solid și adaptat specificului activității spitalului, bazat pe principii de management modern, cu documentare a activităților și deciziilor la nivelul organizației și promovarea unei culturi organizaționale orientată către planificarea serviciilor de sănătate, cu monitorizarea și evaluarea permanentă a sustenabilității structurii organizatorice, a eficienței și performanței rezultatelor activității, a satisfacerii nevoilor de îngrijire medicală și integrare a organizației pe plan local, regional și național, după caz.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.02	Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale	61	11.00	18.03%
Criteriul 01.02.01	Spitalul funcționează cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare.	10	0.00	0.00%
Cerinta 01.02.01.01	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.	3	-7.00	0.00%
	Recomandari: Preocuparea permanentă a unității sanitare în vederea menținerii și actualizării condițiilor necesare pentru buna funcționare a tuturor serviciilor, cu respectarea în permanență a cerințelor legale. Pentru îndeplinirea acestei cerințe este necesar ca spitalul să nominalizeze responsabil/responsabili cu monitorizarea termenelor de reînnoire a autorizațiilor și avizelor specifice și certificărilor.			
Indicator neconform 01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.02.01.02	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	7	7.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.02.02	Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată și, după caz, actualizată periodic.	46	6.00	13.04%
Cerinta 01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	6	6.00	100.00%
Cerinta 01.02.02.02	Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate. Recomandari: Adaptarea structurii unității sanitare în raport cu cererea de servicii, pe baza unor evaluări periodice a indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor.	20	0.00	0.00%
Indicator neconform 01.02.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definiți indicatori de monitorizare a utilizării serviciilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.02.02.02.02	Există analize periodice ale indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor în raport cu cererea de servicii de sănătate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.02.02.03	Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică. Recomandari: Actualizarea structurii organizatorice de către conducerea unității sanitare, în urma analizei anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital. Astfel, spitalul susține și dezvoltă cadrul organizatoric și funcțional în corespondență cu misiunea și obiectivele propuse.	20	0.00	0.00%
Indicator neconform 01.02.02.03.01	La nivelul Comitetului director sunt definiți indicatori ai eficacității și eficienței proceselor din spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.02.02.03.02	La nivelul Comitetului director există analize anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.02.03	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaționale, asigurând integrarea proceselor și consolidarea controlului managerial.	5	5.00	100.00%
Cerinta 01.02.03.01	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	0	0.00	Legalitate indeplinită
Cerinta 01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	5	5.00	100.00%

Standardul: 01.03

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

Scopul standardului este de a sugera spitalului că pentru a își îndeplini misiunea asumată este necesar să aibă un management optim al resursei umane, cu documentarea, planificarea și dezvoltarea resursei umane, atât din punct de vedere al recrutării, formării profesionale (conform nevoilor privind categoriile, numărul, competențele și distribuția la nivelul spitalului), flexibilizării activității dar și menținerii (inclusiv retenția) și motivării personalului, astfel încât să se asigure o îmbunătățire continuă a performanțelor, a siguranței activității, în raport cu cele mai bune practici în domeniu.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.03	Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital	147	126.00	85.71%
Criteriul 01.03.01	Politica de resurse umane este documentată și adaptată nevoilor privind organizarea și funcționarea unității.	58	46.00	79.31%
Cerinta 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.	20	11.00	55.00%
	Recomandari: - Estimarea anuală a necesarului de personal ținând cont de: - normativul de personal; - resursele umane necesare pentru îndeplinirea obiectivelor din planul strategic; - personalul pensionabil; - dinamica estimată a persoanelor temporar indisponibile (îngrijire copil, concedii, suspendare etc); - oportunitățile de atragere a profesioniștilor; - condiții speciale de muncă; - nevoia de îngrijire; - oportunități de dezvoltare a serviciilor oferite ca urmare a dobândirii competențelor suplimentare.			
Indicator neconform 01.03.01.01.01	Necesarul minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.03.01.01.03	Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al angajaților în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.03.01.01.07	Număr personal auxiliar de îngrijire, în ATI per număr de paturi ATI.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.03.01.02	Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.	10	10.00	100.00%
Cerinta 01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	15	12.00	80.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>Recomandari: Monitorizarea calificărilor și autorizărilor personalului la nivelul structurii de resurse umane. În baza analizei posturilor și cu consularea prealabilă a reprezentanților salariaților/sindicatelor, este necesar ca spitalul să întocmească un plan anual de selecție și recrutare, precum și unul de dezvoltare profesională. Este necesar ca, la nivelul spitalelor publice, implementarea planului anual de selecție și recrutare să se circumscrie restricțiilor impuse de legislația aplicabilă, precum și nivelului cheltuielilor de personal prevăzute în buget.</p>			
Indicator neconform 01.03.01.03.01	Dezvoltarea resurselor umane este un obiectiv al Planului de management al spitalului / contractelor de management / contractelor de administrare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	13	13.00	100.00%
Criteriul 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.	40	34.00	85.00%
Cerinta 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.	13	10.00	76.92%
	<p>Recomandari: Stabilirea gradului de dependență a pacienților care trebuie realizată de către medic împreună cu asistentul medical, pe baza scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități. Analiza gradului de dependență a pacienților trebuie să stea la baza evaluării volumului de activitate în cadrul procesului de îngrijire și la stabilirea numărului de personal necesar per tură și al competențelor profesionale și abilităților necesare acordării îngrijirilor. Numărul persoanelor aflate în tură corespunde numărului stabilit ca necesar, în funcție de gradul de dependență al pacienților. Personalul trebuie să cunoască atribuțiile din fișa postului, inclusiv sarcinile suplimentare stabilite prin decizia managerului.</p>			
Indicator neconform 01.03.02.01.03	Decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se emite în funcție de gradul mediu de dependență a pacienților internați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.03.02.02	Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.	14	14.00	100.00%
Cerinta 01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	13	10.00	76.92%
	<p>Recomandari: - Monitorizarea calificărilor, autorizărilor și avizelor profesionale precum și a atestatelor competențelor personalului; - Stabilirea și respectarea modalității de abordare, integrare și evaluare a personalului nou angajat; - Stabilirea și implementarea sistemului de evaluare a activității personalului angajat, precum și a modalității de abordare a celor cu probleme identificate în evaluare; - Specificarea, în fișa de post a personalului de îngrijire, a obligativității utilizării planului de îngrijire.</p>			
Indicator neconform 01.03.02.03.06	Noul angajat este evaluat la sfârșitul perioadei de probă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.03.03	Politica de personal motivează angajații și determină îmbunătățirea calității.	49	46.00	93.88%
Cerinta 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.	7	7.00	100.00%
Cerinta 01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	17	14.00	82.35%
	Recomandari: - Îmbunătățirea managementului resurselor umane prin utilizarea rezultatelor analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților cu participarea reprezentanților acestora.			
Indicator neconform 01.03.03.02.01	Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	25	25.00	100.00%

Standardul: 01.04

Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului

Scopul acestui standard este de a stimula spitalul în stabilirea unei strategii financiare de funcționare dar și de dezvoltare, prin abordarea rațională a resursei financiare și materiale în funcție de obiectivele strategice și operaționale ale spitalului, în condiții de eficiență, cu evitarea unei abordări formale a gestionării acestora, determinând astfel unitatea de a avea un management financiar și administrativ care să asigure sustenabilitatea și continuitatea acordării serviciilor de îngrijiri de sănătate pacienților, în concordanță cu nivelul de competență asumat, cu volumul de servicii estimat a se realiza dar și adaptat prin evaluări și actualizări periodice din perspectiva eficientizării procesului de furnizare a serviciilor dar și a eventualelor variații de volum a serviciilor.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.04	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului	179	137.06	76.57%
Criteriul 01.04.01	Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea.	19	19.00	100.00%
Cerinta 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.	9	9.00	100.00%
Cerinta 01.04.01.02	Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat.	10	10.00	100.00%
Criteriul 01.04.02	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului susține realizarea planului anual de servicii.	55	53.86	97.92%
Cerinta 01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	31	29.86	96.31%
	Recomandari: Identificarea cât mai exactă a cheltuielilor pentru fiecare activitate la nivelul spitalului, precum și stabilirea unor centre de cost în funcție de patologia tratată și de resursele existente, permite spitalului o mai bună previzionare bugetară, astfel încât să se evite disfuncționalități generate de insuficiența resurselor.			
Indicator neconform 01.04.02.01.04	La nivelul secției există analize periodice comparative ale consumurilor înregistrate pe diagnostic cu cele calculate la nivelul altor secții.		Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	24	24.00	100.00%
Criteriul 01.04.03	Bugetul este actualizat periodic din perspectiva eficientizării procesului de furnizare a serviciilor.	41	18.20	44.39%
Cerinta 01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	21	18.20	86.67%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: Intocmirea decontului per pacient este obligatorie. În vederea evaluării costurilor per pacient și pe boală, pentru eficientizarea cheltuielilor, spitalul trebuie să aibă o metodologie unitară de completare a decontului per pacient.			
Indicator neconform 01.04.03.01.02	La nivelul secției/ambulatoriului există analize periodice ale cheltuielilor directe.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.03.01.03	Copia decontului de cheltuieli al pacientului este anexată la FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	20	0.00	0.00%
	Recomandari: În vederea optimizării serviciilor oferite, pentru repartizarea judicioasă a resurselor, analiza modului de desfășurare a procesului de furnizare a serviciilor trebuie realizată periodic (periodicitate stabilită la nivelul spitalului), cu implicarea tuturor nivelurilor de management.			
Indicator neconform 01.04.03.02.01	Indicatorii financiari de performanță sunt definiți pentru fiecare nivel de management.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.03.02.02	Există analize periodice ale îndeplinirii indicatorilor financiari de performanță pentru fiecare nivel de management.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.04.04	Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor.	64	46.00	71.88%
Cerinta 01.04.04.01	Spitalul asigura evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	7	2.00	28.57%
	Recomandari: Este necesară evidența serviciilor și produselor critice, care pot influența negativ atât siguranța pacienților cât și calitatea serviciilor oferite, prin apariția unor discontinuități sau disfuncționalități în furnizarea acestora.			
Indicator neconform 01.04.04.01.02	Monitorizarea valabilității contractelor de furnizare a produselor și serviciilor critice este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.04.04.02	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.	10	2.00	20.00%
	Recomandari: Pentru eficientizarea cheltuirii fondurilor prin evitarea achizițiilor inutile, la nivelul spitalului trebuie ținută o evidență actualizată permanent a stocurilor.			
Indicator neconform 01.04.04.02.02	La nivelul spitalului există un sistem de alertă pentru stocul minim acceptat al produselor critice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.04.02.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de completare a stocurilor în momentul atingerii nivelului minim acceptat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	40	40.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 01.04.04.04	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.	7	2.00	28.57%
	Recomandari: Pentru a putea furniza servicii și în situații excepționale, de exemplu dezastre naturale, accidente colective etc, spitalul trebuie să prevadă modalitățile de aprovizionare în aceste cazuri.			
Indicator neconform 01.04.04.04.02	Aprovizionarea cu produse și servicii critice pentru cazuri excepționale este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 01.05

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

Scopul acestui standard este de a orienta spitalul spre un management performant al sistemului informațional atât din punct de vedere al datelor colectate, al infrastructurii, prin construirea unei baze de date completă, validată, funcțională, flexibilă, adaptabilă nevoilor, cât și din punct de vedere al funcționalității sale (planificare, specificații, analiză, proiectare, implementare, desfășurare, structură, comportare, date de intrare și date de ieșire), cu fluxuri informaționale convergente și asigurarea relaționării eficiente între diferitele structuri, utilizând cel mai bun suport de înregistrare, transmitere și stocare a informațiilor în condiții de siguranță și securitate a datelor.

Se urmărește existența și coerența în funcționare a sistemului informațional ca bază vitală de comunicare între sistemul decizional și cel operațional (indiferent dacă este administrativ sau medical), prin intermediul căruia se realizează obiectul principal de activitate al spitalului, cel de acordare de servicii medicale.

Standardul pune accent major pe preocuparea spitalului de a avea și utiliza sisteme informaționale performante care să poată susține atât luarea deciziilor manageriale optime cât și nevoile practicienilor din spital, în desfășurarea unei activități medicale eficiente, eficace, a uneia educaționale (interne și externe) și să creeze premisele pentru trecerea dosarului pacientului de la nivel individual la nivel de comunitate profesională, pentru documentarea cât mai completă și competentă a deciziei medicului, pe întreg parcursul de îngrijire al pacientului.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.05	Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital	232	161.00	69.40%
Criteriul 01.05.01	Sistemul informațional asigură datele necesare documentării activităților spitalului.	21	15.00	71.43%
Cerinta 01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.	12	6.00	50.00%
	Recomandari: - Stabilirea setului de date care trebuie înregistrate în sistemul informațional; - Stabilirea rapoartelor interne și externe necesare desfășurării activității generate de sistemul informațional; - Elaborarea și implementarea de proceduri specifice (procedura circuitul documentelor); - Utilizarea unui sistem informatic integrat care să permită trasabilitatea informației; - Auditul periodic al sistemului informațional pentru identificarea deficiențelor/blocajelor; - Utilizarea unui modul tip "Tablou de bord" la nivel organizațional.			
Indicator neconform	Primirea și înregistrarea solicitărilor externe de informații este reglementată la nivelul spitalului	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.05.01.01.01				
Indicator neconform 01.05.01.01.02	Repartizarea solicitărilor externe de informații este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	9	9.00	100.00%
Criteriul 01.05.02	Circuitele și fluxurile informaționale susțin desfășurarea activităților și a procesului decizional.	25	25.00	100.00%
Cerinta 01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	14	14.00	100.00%
Cerinta 01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	11	11.00	100.00%
Criteriul 01.05.03	Procesele informaționale fundamentează eficient deciziile la nivelul spitalului.	22	8.00	36.36%
Cerinta 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.	8	3.00	37.50%
	Recomandari: - Stabilirea modalității de înregistrare a datelor; - Stabilirea circuitului documentelor; - Auditarea periodică a sistemului informațional în vederea îmbunătățirii acestuia.			
Indicator neconform 01.05.03.01.02	La nivelul spitalului, circuitul documentelor este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	14	5.00	35.71%
	Recomandari: - Fluxurile informaționale trebuie să reflecte organizarea internă a unității sanitare pe activități; - Sistemul informatic trebuie să fie adaptat specificului fiecărei structuri (secție/compartiment); - Responsabilizarea personalului prin măsuri specifice de informare, operaționalizare a procedurilor și prin sarcini specifice cuprinse în fișa postului; - Auditarea periodică a riscului informatic prin intermediul unei fișe de risc și elaborarea de recomandări specifice, diseminate la nivelul întregii structuri organizationale;			
Indicator neconform 01.05.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de completare a documentelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.03.02.03	La nivelul spitalului sunt identificate riscurile aferente sistemului informatic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.05.04	Sistemul informatic și toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informațiilor) asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.	120	69.00	57.50%
Cerinta 01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	25	5.00	20.00%
	Recomandari: - Informări periodice privind legislația în vigoare referitoare la securitatea datelor; - Numirea unei persoane, prin decizia managerului, responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<ul style="list-style-type: none"> - Implementarea de măsuri tehnice și organizatorice pentru a asigura securitatea datelor personale; - Procedurarea securității informațiilor și controlul accesului; - Managementul activelor (managementul vulnerabilităților tehnice și clasificarea informațiilor); - Securitatea Resurselor Umane; - Securitatea fizică a mediului de lucru; - Conformitatea cu politicile de securitate reglementate; - Respectarea cerințelor tehnice; - Auditarea soluțiilor de securitate (Firewall, antivirus etc.); - Raportarea corectă și la timp a incidentelor de securitate; - Implementarea de politici de securitate; 			
Indicator neconform 01.05.04.01.03	Este reglementată modalitatea prin care proprietatea datelor este asigurată în raport cu terții colaboratori.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.01.04	Colectarea și gestiunea datelor este reglementată la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.01.05	La nivelul spitalului există persoană responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	17	11.00	64.71%
	Recomandari: <ul style="list-style-type: none"> - Auditarea activităților utilizatorilor care trebuie să fie clar definite în sistem; - Utilizarea unei aplicații de tip Password manager; - Reglementarea accesului în sistemul informatic; - Monitorizarea accesului în sistemul informatic (system logg). 			
Indicator neconform 01.05.04.02.01	Accesul la datele din sistemul informatic este reglementat la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.02.02	Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului sunt reglementate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.05.04.03	Spitalul asigură sisteme de back-up al informației.	11	11.00	100.00%
Cerinta 01.05.04.04	Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.	16	11.00	68.75%
	Recomandari: <ul style="list-style-type: none"> - Identificarea și analiza periodică a specificațiilor cerințelor de securitate; - Elaborarea unei metodologii/proceduri privind managementul utilizării cheilor de criptare; - Analiza și revizia tehnică periodică a sistemului informatic; - Identificarea de responsabilități ale utilizatorilor (la angajare, pe toată durata angajării, la terminarea/schimbarea activității); - Nominalizarea unor responsabili cu managementul bazelor de date și a mediului de stocare, managementul schimburilor de informații cu exteriorul; - Informări și instruirii periodice ale utilizatorilor; - Procedurarea și controlul accesului în rețea și a conectării diverselor echipamente; - Elaborarea periodică de rapoarte tehnice privind securitatea operațională și a suportului tehnic (managementul vulnerabilităților tehnice, integritatea mesajelor, validarea datelor de ieșire). 			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.05.04.04.03	Protecția sistemului informațional este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.05.04.05	Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor. Recomandari: - Elaborarea și implementarea procedurii de prelucrare, păstrare și arhivare a documentelor; - Instruirea periodică a personalului privind cerințele de securitate și reglementările referitoare la arhivarea documentelor; - Efectuarea de analize cu recomandări și măsuri de realizat privind identificarea și eliminarea vulnerabilităților tehnice și organizatorice; - Controlul criptografic (managementul cheilor de criptare); - Implementarea de politici privind protecția sistemului informațional.	41	26.00	63.41%
Indicator neconform 01.05.04.05.04	Protecția sistemului informatic este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.05.07	Arhivarea documentelor este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.05.10	La nivelul spitalului este reglementată eliberarea duplicatelor documentelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.05.04.06	Distrușgerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor. Recomandari: - Cunoașterea și respectarea prevederilor legislative în vigoare; - Elaborarea, cunoașterea și implementarea unor proceduri privind regulile de distrușgere a documentelor și înregistrărilor la nivelul fiecărei structuri.	10	5.00	50.00%
Indicator neconform 01.05.04.06.01	Distrușgerea înregistrărilor / documentelor arhivate este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.05.05	Sistemul informațional asigură documentarea și susține procesul educațional al angajaților din spital.	44	44.00	100.00%
Cerinta 01.05.05.01	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.	22	22.00	100.00%
Cerinta 01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	22	22.00	100.00%

Standardul: 01.06

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

Scopul acestui standard este de a stimula spitalul să-și îmbunătățească comunicarea instituțională și profesională, dezvoltarea proceselor educaționale orientate spre pacient și educație terapeutică, cu implicarea activă a pacientului în procesul de îngrijiri pentru sănătate și transformarea acestuia într-un partener al profesionistului din sănătate și optimizarea procesului de diagnostic și terapie, prin abordarea multidisciplinară a pacientului de către echipe de profesioniști ai spitalului sau echipe formate cu profesioniști ai altor unități medicale, creând premisele acordării asistenței medicale centrate pe pacient. Standardul urmărește ca personalul să comunice într-un mod profesional toate aspectele care țin de asigurarea asistenței medicale în echipa care este responsabilă de asistența medicală sau/și cu pacientul și familia sa, pentru a putea lua decizii informate, implicându-i și încurajându-i să devină parteneri ai procesului de îngrijire medicală, asigurând calitatea și corectitudinea informațiilor transmise.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.06	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor	219	131.69	60.13%
Criteriul 01.06.01	Comunicarea externă răspunde nevoilor beneficiarilor și ale spitalului.	149	89.92	60.35%
Cerinta 01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	28	16.00	57.14%
	Recomandari: Adaptarea mijloacelor de comunicare a diferitelor informații către public la posibilitățile tehnice, de înțelegere și utilizare ale potențialilor beneficiari.			
Indicator neconform 01.06.01.01.03	La nivelul spitalului există birou de informații.		Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 01.06.01.01.05	Există un sistem funcțional de programare telefonică a internărilor.		Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 7	
Cerinta 01.06.01.02	Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.	31	22.00	70.97%
	Recomandari: Existența unei pagini de internet bine structurate și ușor de utilizat, cât mai intuitiv cu putință, astfel încât informațiile să fie transmise eficient, ținând cont și de abilitățile tehnice ale potențialilor utilizatori.			
Indicator neconform 01.06.01.02.07	Pagina de internet a spitalului are facilități de creare de conturi personalizate pentru pacienți și/sau medici de familie și/sau ambulatoriu.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	33	18.14	54.97%
	Recomandari:			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Existența unui sistem de orientare a pacienților și aparținătorilor pe teritoriul unității sanitare pentru a evita apariția disfuncționalităților și insatisfacția acestora.			
Indicator neconform 01.06.01.03.01	La nivelul spitalului este organizată recepția pentru informarea și orientarea pacienților/aparținătorilor pentru internare și/sau ambulatoriu.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.06.01.03.02	Spitalul are sistem funcțional de programare al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.06.01.03.03	Caile de acces exterioare sunt semnalizate.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.01.03.04	Caile de acces interioare sunt semnalizate.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.06.01.03.05	Căile de evacuare interioare sunt semnalizate.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.01.03.07	Traseele din curtea spitalului sunt marcate.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 7		
Indicator neconform 01.06.01.03.08	Traseele/Circuitele din interiorul spitalului sunt marcate.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.06.01.03.09	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	Nr. total aplicare: 18 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.06.01.03.12	La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice.	Nr. total aplicare: 27 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.06.01.03.13	La nivelul spitalului există marcaje/inscripționări accesibile nevăzătorilor.	Nr. total aplicare: 19 Identificat neconform: 13		
Cerinta 01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	8	8.00	100.00%
Cerinta 01.06.01.05	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.	6	3.00	50.00%
	Recomandari: - Stabilirea modalității de comunicare cu mass-media în vederea informării corecte și prompte a populației cu privire la îndeplinirea misiunii unității sanitare.			
Indicator neconform 01.06.01.05.02	Accesul mass-media este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	5	5.00	100.00%
Cerinta 01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	5	4.78	95.56%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: Stabilirea și reglementarea modalităților de comunicare cu specialiștii din ambulatoriu, în vederea asigurării continuității tratamentului pacienților și după perioada de internare și o mai eficientă recuperare a acestora în vederea reintegrării sociale.			
Indicator neconform 01.06.01.07.02	La nivelul spitalului există un sistem de afișare a informațiilor privind furnizorii care oferă servicii medicale de Recuperare, de Îngrijiri la Domiciliu și de Îngrijiri Paliative.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 2		
Cerinta 01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	33	13.00	39.39%
	Recomandari: Reglementarea comunicării atât cu alte unități sanitare (în cazul transferurilor), cât și cu unități de asistență socială (pacienți fără familie și posibilitatea de a se autoîngriji), în vederea asigurării accesului pacienților la servicii adecvate pe care spitalul nu le poate furniza, precum și pentru externarea unor cazuri speciale.			
Indicator neconform 01.06.01.08.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.01.08.05	Spitalul are infrastructură funcțională necesară comunicării interprofesionale externe - telemedicină.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.01.08.06	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.06.02	Comunicarea internă răspunde nevoilor pacienților și ale spitalului.	46	26.00	56.52%
Cerinta 01.06.02.01	Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.	13	13.00	100.00%
Cerinta 01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	16	0.00	0.00%
	Recomandari: - identificarea situațiilor medicale care necesită comunicare specifică (situații critice/deosebite/exceptionale); - Stabilirea modalităților de comunicare între specialiști în situațiile care necesită comunicare specifică; - Îmbunătățirea și adaptarea comunicării specifice între specialiști la dinamica activității unității sanitare.			
Indicator neconform 01.06.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definite situațiile medicale care necesită comunicare specifică.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.02.03	La nivelul spitalului este reglementată comunicarea în situații deosebite/exceptionale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	17	13.00	76.47%
	Recomandari: Pentru a putea fi respectate regulile interne, spitalul trebuie să se asigure că acestea sunt aduse la cunoștința persoanelor vizate într-un mod adaptat nivelului de pregătire și de percepție a acestora.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.06.02.03.02	Număr pacienți care declară ca au fost informați cu privire la regulile de comportament în spital per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.03.03	Număr pacienți care declară ca au fost informați cu privire la regulile de igienă personală în spital per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.06.03	Comunicarea cu pacientul urmărește implicarea acestuia în procesul de îngrijire.	24	15.77	65.71%
Cerinta 01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	11	10.77	97.90%
	Recomandari: - Implicarea pacienților în procesul decizional cu privire la efectuarea manevrelor diagnostice și terapeutice, în vederea asigurării complianței acestora la acordarea serviciilor medicale; - Adaptarea unității sanitare la particularitățile de comunicare ale pacienților internați în unitatea sanitară.			
Indicator neconform 01.06.03.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	13	5.00	38.46%
	Recomandari: - Evaluarea periodică a eficacității comunicării, în vederea identificării disfuncționalităților și adoptării măsurilor de îmbunătățire care se impun.			
Indicator neconform 01.06.03.02.02	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.03.02.03	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.03.02.04	Număr reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 01.07

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

Scopul acestui standard este de a îndruma spitalul să se angajeze într-un proces de asigurare și îmbunătățire continuă a calității și siguranței pacientului, prin crearea și funcționalizarea unei structuri specializate în managementul calității și dezvoltarea unui proces organizațional de dezvoltare formare a culturii calității la nivelul fiecărei echipe medicale și manageriale din spital.

Standardul se referă la aspectele organizatorice ale managementului calității, care să determine implementarea de proceduri și protocoale specifice fiecărei structuri operaționale din spital, autoevaluarea permanentă periodică în interiorul fiecărei structuri, evaluarea performanțelor la nivelul spitalului și evaluarea externă periodică.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.07	Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității	222	145.00	65.32%
Criteriul 01.07.01	Sistemul de management al calității vizează optimizarea continuă a proceselor de la nivelul organizației.	81	66.00	81.48%
Cerinta 01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	33	28.00	84.85%
	Recomandari: Asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului, prin crearea și funcționarea unei structuri specializate în managementul calității la nivelul unității sanitare, în conformitate cu legislația în vigoare.			
Indicator neconform 01.07.01.02.02	Activitatea SMC este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 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.	35	25.00	71.43%
	Recomandari: Pentru asigurarea implementării eficiente a sistemului de management al calității este necesară antrenarea întregului personal și în special a responsabililor fiecărei structuri. Astfel, recomandăm : -ca la nivelul structurii de management al calității să existe planificarea activităților de instruire a responsabililor cu asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului; -cunoașterea, punerea în aplicare și monitorizarea implementării reglementării privind autoevaluarea calității serviciilor;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	-existența la nivelul structurii de management al calității a registrului procedurilor și protocoalelor utilizate și codificate unitar la nivelul unității sanitare; este necesară efectuarea unor analize periodice ale respectării procedurilor și protocoalelor de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate; - ca structura de management al calității să elaboreze rapoarte anuale cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/procedurilor/protocoalelor existente; - ca obiectivele specifice îmbunătățirii calității din planul de management al spitalului să se regăsească în planul de management al calității.			
Indicator neconform 01.07.01.03.02	La nivelul spitalului există procedură cu privire la autoevaluarea calității serviciilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	13	13.00	100.00%
Criteriul 01.07.02	Structura de management al calității (SMC) împreună cu conducerea spitalului asigură dezvoltarea culturii calității în spital.	22	22.00	100.00%
Cerinta 01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	7	7.00	100.00%
Cerinta 01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	15	15.00	100.00%
Criteriul 01.07.03	Spitalul elaborează și implementează un plan de acțiuni privind asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților la nivelul întregului spital.	41	0.00	0.00%
	Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare.	15	12.00	80.00%
Cerinta 01.07.03.01	Recomandari: În vederea implementării managementului calitatii, SMC ar trebui să stabilească obiectivele referitoare la calitate, resursele și activitățile care contribuie la realizarea lor. Acest proces presupune ca la nivelul SMC să existe: -planificarea activităților de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare și planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității, elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare; -o reglementare în ceea ce privește colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare. Considerăm că rezultatele autoevaluării pot fi utilizate la analizele managementului, la îmbunătățirea continuă a proceselor desfășurate la nivelul unității sanitare și implicit, a sistemului de management al calității.			
Indicator neconform 01.07.03.01.02	La nivelul SMC este reglementată activitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.03.02	Planul de acțiuni pentru implementarea managementului calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.	5	5.00	100.00%
	SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților.	9	-20.00	0.00%
Cerinta 01.07.03.03	Recomandari: -Monitorizarea de către structura de management al calității a implementării planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților. Pentru acesta considerăm că este necesar ca la nivelul unității sanitare să fie: -reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, evenimente ce trebuie raportate către A.N.M.C.S. în termenul prevăzut; -definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale; -elaborate rapoarte către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.07.03.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.03.03.02	La nivelul spitalului este definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.03.03.04	Există raportare către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.03.04	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.	12	3.00	25.00%
	Recomandari: Adoptarea măsurilor de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului pe baza recomandărilor SMC. În acest sens, la nivelul unității sanitare considerăm că este necesar a fi nominalizați responsabilii cu îndeplinirea planurilor de măsuri pentru îmbunătățirea calității, planuri ce trebuie să conțină indicatori de monitorizare a îndeplinirii acestor măsuri.			
Indicator neconform 01.07.03.04.02	Planurile de măsuri pentru îmbunătățirea calității conțin indicatori de monitorizare a îndeplinirii acestora.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.07.04	Spitalul urmărește creșterea nivelului de satisfacție a pacienților.	44	37.00	84.09%
Cerinta 01.07.04.01	Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.	13	13.00	100.00%
Cerinta 01.07.04.02	SMC analizează sistematic informațiile rezultate din prelucrarea chestionarelor și emite recomandări.	16	16.00	100.00%
Cerinta 01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	15	8.00	53.33%
	Recomandari: -Evaluarea calității serviciilor medicale din perspectiva pacientului și îmbunătățirea permanentă a acestora. În vederea creșterii gradului de satisfacție al pacienților, la nivelul unității sanitare ar trebui să existe o reglementare a modului de gestionare a sugestiilor și reclamațiilor, care ulterior, trebuie analizate lunar. Rapoartele rezultate în urma analizei vor asigura o imagine reală a nevoilor pacienților și adaptarea continuă a unității sanitare la aceste nevoi.			
Indicator neconform 01.07.04.03.01	Modul de gestionare a reclamațiilor este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.04.03.02	Număr pacienți care declară că au fost informați cu privire la modalitatea de depunere a sugestiilor și reclamațiilor per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.07.05	Programul de îmbunătățire a calității prevede eficientizarea activității spitalului.	34	20.00	58.82%
Cerinta 01.07.05.01	Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital.	14	0.00	0.00%
	Recomandari:			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>- Evaluarea la nivelul SMC a eficienței măsurilor propuse în Planul de acțiuni de asigurare și îmbunătățire a calității, pe baza unor indicatori stabiliți.</p> <p>In acest sens, considerăm că este necesar ca la nivelul SMC să existe o reglementare a modalității de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.</p>			
Indicator neconform 01.07.05.01.01	La nivelul SMC sunt stabiliți indicatorii pe baza cărora se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.05.01.02	La nivelul SMC este reglementată modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.05.02	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.	20	20.00	100.00%

Standardul: 01.08

Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional

Scopul acestui standard este de a releva spitalului importanța asigurării cadrului de relaționare pe domeniile pe care le acoperă conceptul de securitate (în unitate, la nivelul localității, cu instituția finanțatoare, cu instituția/structura ierarhic superioară, cu vecinii, cu purtătorii de expertiză) și, concomitent, stabilirii unui instrument obiectiv de evaluare a stadiului aplicării preocupării managementului spitalicesc față de securitatea persoanelor și a mediului în arealul de responsabilitate.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.08	Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional	495	296.78	59.95%
Criteriul 01.08.01	Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii.	53	31.00	58.49%
Cerinta 01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	12	12.00	100.00%
Cerinta 01.08.01.02	Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție. Recomandari: Elaborarea registrului riscurilor specifice la nivelul fiecărei structuri și a registrului riscurilor generale la nivel de spital, care constituie prima etapa în implementarea managementului riscurilor. Managerii de la toate nivelurile trebuie să aibă definit și modul de tratare a acestora și să urmărească permanent eficacitatea și eficiența măsurilor stabilite.	13	8.00	61.54%
Indicator neconform 01.08.01.02.01	Identificarea și înregistrarea riscurilor este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.01.03	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate. Recomandari: Îndeplinirea tuturor indicatorilor care definesc acesta cerință. Pentru efectuarea analizei este necesară colectarea în timp real a datelor pentru validarea acestora.	28	11.00	39.29%
Indicator neconform 01.08.01.03.02	Pentru fiecare risc din registrul riscurilor este prevăzută modalitatea de tratare a acestuia (procedură, protocol etc).	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.01.03.03	La nivelul sectoarelor de activitate se calculează riscul rezidual după aplicarea modalităților de tratare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.01.03.05	Spitalul monitorizează implementarea măsurilor de diminuare a riscurilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.08.02	Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față de potențiale prejudicii.	366	210.78	57.59%
Cerinta 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. Recomandari: Locurile cu potențial de risc fizic pentru persoane, pacienți, aparținători, vizitatori, personal medical etc, trebuie identificate și marcate astfel încât să se prevină apariția accidentelor. Aceeași atenție specială trebuie acordată situațiilor generatoare de risc, care trebuie identificate și pentru care trebuie stabilite modalitățile de prevenire a apariției și de limitare a efectelor în cazul în care, în pofida măsurilor de prevenție luate, ele se produc.	187	76.85	41.09%
Indicator neconform 01.08.02.01.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la modalitățile de înlăturarea a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la modalitățile de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.06	Comunicarea între clădirile unui spital aflate în aceeași locație, se face cu păstrarea unui ambient constant, de confort termic.	Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.12	Spitalul asigură spații de parcare pentru pacienți/aparținători semnalizate și luminate.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	Nr. total aplicare: 19 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 21		
Indicator neconform 01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	Nr. total aplicare: 19 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târgi sau a unui pat mobil.	Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 9		
Indicator neconform 01.08.02.01.21	Scările de evacuare sunt iluminate în caz de pană de curent.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.01.22	Scările au lățimea care permite evacuarea pacienților pe targă.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.23	Spitalul are scări de evacuare externă, accesibile permanent din interior.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	Nr. total aplicare: 25 Identificat neconform: 5		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.			Nr. total aplicare: 33 Identificat neconform: 10
Indicator neconform 01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.			Nr. total aplicare: 25 Identificat neconform: 25
Indicator neconform 01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cărje, fotoliu rulant, targă.			Nr. total aplicare: 23 Identificat neconform: 7
Indicator neconform 01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.			Nr. total aplicare: 23 Identificat neconform: 10
Indicator neconform 01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)			Nr. total aplicare: 23 Identificat neconform: 8
Indicator neconform 01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.			Nr. total aplicare: 20 Identificat neconform: 7
Indicator neconform 01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.			Nr. total aplicare: 19 Identificat neconform: 19
Indicator neconform 01.08.02.01.36	Cazarmamentul utilizat în spital este lavabil și/sau de unică folosință.			Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.			Nr. total aplicare: 25 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.38	Paturile în salon sunt dispuse astfel încât să asigure accesul personalului medical și pacienților, inclusiv cu cărucior și targă.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.40	Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.			Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.41	Fiecare pat are asigurată lumină artificială proprie.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 4
Indicator neconform 01.08.02.01.42	Fiecare pat are noptieră care permite hrănirea la pat.			Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.			Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.45	Saloanele au grup sanitar propriu.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 7

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.			Nr. total aplicare: 16 Identificat neconform: 10
Indicator neconform 01.08.02.01.48	Spitalul asigură paturi cu facilități de mobilizare a pacientului pentru a acoperi nevoile de îngrijire ale acestora.			Nr. total aplicare: 16 Identificat neconform: 4
Indicator neconform 01.08.02.01.50	Spitalul asigură sisteme de monitorizare individuală a pacientului, fixe sau mobile, la nivelul fiecărei secții.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.51	Structurile de terapie intensivă au rezervă de izolare cu grup sanitar propriu.			Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.53	Sistemul central de monitorizare al parametrilor biologici din structurile de terapie intensivă este funcțional.			Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.55	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în zona de ambulatoriu.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.56	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în serviciul de urgență.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.57	Există acces facil din zona de spitalizare de zi la laboratoarele de investigații.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.58	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în baza de tratament (ex: radioterapie etc)			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.76	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.			Nr. total aplicare: 5 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.77	Sistemele de alarmare pentru circuitele de gaze și abur sunt funcționale.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.79	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.			Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.80	La nivelul spitalului este asigurat permanent accesul la două surse de apă pentru fiecare locație, după caz.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.82	Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.87	Există cel puțin un pat asigurat cu sursă de oxigen și de aspirație pentru fiecare secție.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 2

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.01.90	Terapia intensivă și blocul operator au pardoseală antistatică.	Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.01.96	La garderoba există facilități funcționale pentru toaleta și după caz decontaminarea/deparazitarea pacientului.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 2		
Cerinta 01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	26	23.30	89.61%
	Recomandari: Elaborarea procedurilor care asigură respectarea prevederilor legale privind managementul deșeurilor și stabilirea de responsabilități pentru îndeplinirea acestora.			
Indicator neconform 01.08.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale modului de colectare a deșeurilor.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	Nr. total aplicare: 37 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	Nr. total aplicare: 32 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.02.10	Zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.03	Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.	2	2.00	100.00%
Cerinta 01.08.02.04	Capacitatea și numărul lifturilor asigură volumul, tipurile și fluxurile de transport în spital.	5	3.50	70.00%
	Recomandari: Este obligatorie existența lifturilor care să îndeplinescă condițiile necesare transportului pacienților, personalului, alimentelor, deșeurilor etc.			
Indicator neconform 01.08.02.04.02	Există minim două lifturi funcționale pentru transportul cu targa.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.04.05	Lifturile sunt prevăzute cu sistem funcțional de ventilare.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	32	24.53	76.64%
	Recomandari: Măsurile de securitate adoptate la nivelul spitalului trebuie să aibă în vedere paza spațiilor, protecția și securitatea pacienților, personalului și bunurilor acestora.			
Indicator neconform 01.08.02.05.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	Nr. total aplicare: 19 Identificat neconform: 3		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.08.02.05.07				
Indicator neconform 01.08.02.05.08	Există persoană desemnată pentru însoțirea pacientului către garderobă.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.05.09	Garderoba este asigurată împotriva accesului necontrolat.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.05.10	Există persoană care însoțește pacientul de la locul de depozitare a efectelor personale, pe secție.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	17	9.00	52.94%
Indicator neconform 01.08.02.06.03	La nivelul spitalului există analize periodice ale evaluării stării infrastructurii clădirii / clădirilor din punct de vedere seismic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.07	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.	7	7.00	100.00%
Cerinta 01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	5	2.00	40.00%
Indicator neconform 01.08.02.08.03	Utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	22	16.97	77.14%
Indicator neconform 01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	Nr. total aplicare: 34 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.09.07	La nivelul spitalului este reglementată dezinsecția și deratizarea spațiilor generate de plafoanele false casetate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	0	0.00	N/A
Cerinta 01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților. Recomandari: Elaborarea unui plan de acțiuni pentru satisfacerea cerinței în conformitate cu reglementările privind protecția muncii și riscurile specifice la care este expus personalul din spital.	27	12.64	46.80%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.11.03	Accesul personalului în zonele cu risc de accidente de muncă este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.11.04	Accesul personalului în anumite zone ale secțiilor de psihiatrie se face numai cu însoțitor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 19		
Indicator neconform 01.08.02.11.07	La nivelul spitalului sunt organizate spații de odihnă și refacere pentru personal.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.11.08	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.12	Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizați prin decizie și instruiți.	19	19.00	100.00%
Cerinta 01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	12	12.00	100.00%
Cerinta 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.	5	2.00	40.00%
	Recomandari: - Identificarea activităților cu risc de muncă la nivelul unității sanitare; - Pregătirea unității sanitare pentru managementul accidentului de muncă.			
Indicator neconform 01.08.02.14.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 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.	76	55.00	72.37%
Cerinta 01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	38	26.00	68.42%
	Recomandari: Pentru intervențiile în situații excepționale, pentru limitarea consecințelor acestora și asigurarea continuității activității, la nivelul spitalului trebuie să fie desemnate echipe de intervenție, a căror componență nominală este necesar să fie permanent actualizată, iar personalul să fie instruit periodic.			
Indicator neconform 01.08.03.01.07	Procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.09	Modul de evacuare și relocare al pacienților este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.10	Modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	29	20.00	68.97%
	Recomandari: Pentru intervențiile în situații excepționale, pentru limitarea consecințelor acestora și asigurarea continuității activității, la nivelul spitalului trebuie să existe o rezervă de resurse care să poată fi utilizată în situații excepționale.			
Indicator neconform 01.08.03.02.05	Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.02.06	Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.02.07	Sunt prevăzute soluții de rezervă pentru serviciile și produsele critice în caz de dezastre naturale și catastrofă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.03.03	Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și razboi.	9	9.00	100.00%

Standardul: 01.09

Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale

Scopul acestui standard este de a determina spitalul să stabilească condiții ale mediului de îngrijire intraspitalicesc care să susțină apărarea și regenerarea organismului pacientului și diminuarea efectelor negative ale stresului legat de spitalizare, de preocuparea pentru boală, de întreruperea legăturilor cu munca, domiciliul, familia și prietenii săi și a afectelor psihologice, care se pot instala pe durata internării (anxietate, frică, singurătate, sentimente de abandon, înstrăinare, neputință), și asigurarea condițiilor care să contribuie la un mediu sigur de îngrijire, cu respectarea cerințelor de curățenie, dezinfecție, asepsie, siguranță a alimentației adaptate pacientului dar și a celor de confort perceput de pacient sau aparținători.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.09	Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale	253	144.35	57.06%
Criteriul 01.09.01	Organizarea mediului de îngrijire respectă condițiile privind capacitatea și competențele asumate ale spitalului.	201	101.35	50.42%
	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	13	4.89	37.64%
Cerinta 01.09.01.01	<p>Recomandari: În vederea îmbunătățirii calității serviciilor hoteliere și a particularizării acestora în funcție de pacient, unitatea sanitară ar trebui să asigure:</p> <ul style="list-style-type: none"> -servicii hoteliere pacienților care nu necesită internare continuă, la solicitarea acestora; - condiții pentru spălarea și/sau dezinfecția mâinilor la intrarea, respectiv ieșirea în/din fiecare salon; -un sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar, -sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat; -paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologii care necesită această evaluare. <p>Implementarea acestor măsuri asigură un climat de susținere cu influențe asupra capacității de recuperare a unui pacient.</p>			
Indicator neconform 01.09.01.01.02	Există condiții pentru spălarea/dezinfecția mâinilor la intrare/ieșire pentru fiecare salon.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.09.01.01.03	Există sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 5
Indicator neconform 01.09.01.01.04	Spitalul asigură un sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat.			Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.09.01.01.05	Spitalul asigură paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologii care necesită această evaluare.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.09.01.01.06	Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.01.07	Număr paturi-cântar per numar total de paturi în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.01.08	Număr saloane cu mai mult de patru paturi per număr total saloane.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	4	0.38	9.62%
	Recomandari: Implementarea reglementării în ceea ce privește modul de respectare a demnității și intimității pacientului pe parcursul desfășurării examinărilor, consultațiilor și tratamentelor medicale și chirurgicale.			
Indicator neconform 01.09.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de respectare a intimității pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.02.02	La nivelul secțiilor și spațiilor comune există grupuri sanitare pentru vizitatori.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 8		
Cerinta 01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	26	12.03	46.29%
	Recomandari: Organizarea transportului de pacienți, cu respectarea reglementărilor existente la nivelul unității sanitare, adaptate fiecărui serviciu, prin: - existența circuitelor și mijloacelor de transport, cu destinații specifice, adecvate din toate punctele de vedere și în număr suficient pentru orice situație; - dotarea cu brancarde și fotolii rulante prevăzute cu sisteme de siguranță, de asigurare a integrității fizice pe timpul transportului pacientului, atât în zona primirii pacienților, cât și la nivelul secțiilor/compartimentelor; - existența unei persoane desemnate care însoțește pacientul în timpul deplasărilor acestuia în interiorul spitalului, pentru efectuarea investigațiilor.			
Indicator neconform 01.09.01.03.01	Deplasarea pacienților este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.09.01.03.03	Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	Nr. total aplicare: 5 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.09.01.03.04	Circuitul pacienților, în blocul operator/sala de nașteri este reglementat.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.03.06	În zona de internare există mijloace de transport al pacienților netransportabili (carucioare, targi)	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.09.01.03.07	Pe secție există mijloace de transport al pacienților netransportabili (cărucioare, tărgi).	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.03.08	La nivelul secției există brancardier angajat pentru însoțirea/transportul pacienților internați pentru efectuarea investigațiilor.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 7		
Cerinta 01.09.01.04	Curățenia și dezinfectia spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	18	4.34	24.13%
	Recomandari: Asigurarea curățeniei spațiilor instituției și echipamentelor aferente, prin punerea în aplicare a procedurilor specifice și evidențierea responsabilităților privind asigurarea curățeniei în fișele de post. Considerăm că sunt necesare următoarele activități: -Igienizarea pentru echipamente și instalații trebuie efectuată respectând un program de igienizare, -Elaborarea și respectarea programului de curățenie la nivelul spațiilor unității sanitare și afișarea acestuia la loc vizibil, -Igienizarea fiecărui tip de zonă/suprafață/operațiune cu ustensile marcate distinct, spitalul asigurând condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale, -Asigurarea la nivelul fiecărei secții/compartiment a unui ploscar funcțional pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi); -Semnalizarea distinctă a lifturilor în funcție de specificul de transport.			
Indicator neconform 01.09.01.04.04	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfectia spațiilor.	Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 13		
Indicator neconform 01.09.01.04.05	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 6		
Indicator neconform 01.09.01.04.06	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 6		
Indicator neconform 01.09.01.04.07	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face cel puțin de 2 ori pe zi per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.04.08	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face de câte ori este necesar pe zi per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.05	Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.	11	6.00	54.55%
	Recomandari: Asigurarea și asumarea calității sterilizării la nivelul unității sanitare și definirea circuitelor sterilizării, prin: -implementarea reglementării privind modul de desfășurare al sterilizării; -adoptarea măsurilor necesare pentru prevenirea contaminării personalului; serviciului de sterilizare, respectiv utilizarea echipamentului de protecție -existența nomenclatorului cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de reesterilizări admisibile pentru fiecare.			
Indicator neconform 01.09.01.05.01	La nivelul structurii este reglementat modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Cerinta 01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igienico-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	24	15.43	64.29%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: Îngrijirea individualizată a pacientului în condiții de siguranță, prin asigurarea alimentației adaptate patologiei pentru care s-a internat acesta, patologiei asociate, stărilor fiziologice particulare sau preferințelor rezultate ca o consecință a convingerilor religioase etc.			
Indicator neconform 01.09.01.06.01	Dieta zilnică recomandată pacientului și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.06.03	Sunt asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacient.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.06.04	Lista de masă realizată de asistența șefă este transmisă zilnic serviciului de bucătărie/dieteticianului.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.06.06	La nivelul spitalului alimentația pe sondă/stomă/parenterală este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	25	19.00	76.00%
	Recomandari: Asigurarea calitativă și cantitativă a hranei pentru pacienți, aparținători și personal medical de către unitatea sanitară, prin: <ul style="list-style-type: none"> - respectarea termenului de valabilitate al alimentelor; - depozitarea corespunzătoare a alimentelor și materiilor prime; - implementarea reglementării privind controlul calității hranei (organoleptic, cantitativ, calitativ); - utilizarea echipamentului de protecție de către personalul serviciului de bucătărie; - corespondența meniurilor cu solicitările de pe secții (conform cu patologia pacienților internați) pe tipuri de regim; - angajare dietetician prin contract sau convenție; - existența carnetelor de sănătate pentru personalul care participă la prepararea hranei; - efectuarea triajului epidemiologic al personalului din serviciul de bucătărie de către o persoană desemnată și consemnarea acestuia la intrarea în fiecare tură; - asigurarea mentenanței echipamentelor din serviciul de bucătărie. 			
Indicator neconform 01.09.01.07.03	La nivelul spitalului controlul calității hranei este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.06	La nivelul spitalului igienizarea și dezinfecția spațiilor serviciului de bucătărie sunt reglementate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	16	14.07	87.95%
	Recomandari: Asigurarea circuitelor la nivelul blocului alimentar cu respectarea regulilor de igienă, aceasta implicând: <ul style="list-style-type: none"> - existența, la nivelul secției, a circuitului separat pentru transportul alimentelor; - mijloace de transport dedicate pentru transportul alimentelor, care să asigure menținerea temperaturii acestora; - personal nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți; - reglementare privind modalitatea de servire a mesei la patul pacientului; - informarea personalului medical și pacienților în ceea ce privește meniul zilnic, respectiv programul de servire a hranei. 			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.09.01.08.01	La nivelul secției există circuit separat pentru transportul alimentelor.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.09.01.08.04	La nivelul secției există personal nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	47	23.20	49.35%
	Recomandari: Implementarea reglementărilor privind calitatea, igiena și circuitul lenjeriei, prin: - evaluarea constantă a calității tratamentului lenjeriei și efectelor; - utilizarea lenjeriei de unică folosință în cabinetele de consultații, sălile de tratamente și blocul operator, lipsa acestora făcând posibilă transmiterea unor boli; -definirea la nivelul unității sanitare a indicatorilor de monitorizare a calității spălării lenjeriei și efectelor pentru pacienți, aparținători și personal medical; -asigurarea și respectarea la nivelul serviciului de spălătorie din cadrul unității sanitare a circuitelor separate pentru lenjerie și efecte curate și murdare; -asigurarea echipamentului de spital pentru pacienți (pijama, halat, papuci).			
Indicator neconform 01.09.01.09.01	La nivelul spitalului sunt definiți indicatorii de monitorizare a calității spălării lenjeriei și efectelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.09.02	Gestionarea lenjeriei și efectelor pacienților și personalului este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.09.04	Efectele proprii ale pacienților sunt spalate de către spital la externarea acestora.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.09.08	Pacientului i se poate pune la dispozitie echipament de spital - pijama.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.09.09	Pacientului i se poate pune la dispozitie echipament de spital - halat.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.10	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.	17	2.00	11.76%
	Recomandari: Îmbunătățirea reglementărilor privind circuitul lenjeriei în scopul prevenirii apariției infecțiilor asociate asistenței medicale, impunându-se astfel: -existența la nivelul secțiilor a recipientilor de culori diferite în vederea colectării selective, în funcție de probabilitatea de infestare microbiologică, a lenjeriei și efectelor de spital; -utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene; -procesarea lenjeriei și efectelor în funcție de proveniență; -utilizarea codului de culori pentru diferențierea lenjeriei curate de cea utilizată.			
Indicator neconform 01.09.01.10.02	Serviciul de spălătorie este dotat cu utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.10.03	La nivelul serviciului de spălătorie este definită modalitatea de procesare a lenjeriei și efectelor în funcție de proveniență.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.09.02	Mediul de îngrijire este evaluat și adaptat permanent la necesitățile asistenței medicale.	52	43.00	82.69%
Cerinta 01.09.02.01	Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.	16	16.00	100.00%
Cerinta 01.09.02.02	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație. Recomandari: Evaluarea și îmbunătățirea serviciilor de aprovizionare și depozitare a alimentelor, precum și pe cele de preparare a hranei, ținând cont de analiza datelor colectate din: - chestionarele de satisfacție ale pacienților, -sesizările/plângerile pacienților și/sau personalului privind hrana primită. Alimentația adaptată patologiei pentru care s-a internat, patologiei asociate, stărilor fiziologice particulare sau preferințelor rezultate ca o consecință a convingerilor religioase etc, asigurată în condiții de siguranță fac parte din îngrijirile individualizate acordate pacientului.	11	8.00	72.73%
Indicator neconform 01.09.02.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de înregistrare și analiză a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind hrana primită.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.02.03	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie. Recomandari: Monitorizarea și îmbunătățirea constantă a serviciului de spălătorie luând în considerare analiza datelor colectate din : -chestionarele de satisfacție ale pacienților, -sesizările/plângerile pacienților și/sau personalului privind calitatea lenjeriei și a efectelor. Înlocuirea periodică a lenjeriei și a efectelor, precum și utilizarea lenjeriei de unică folosință este necesară pentru păstrarea unei igiene corespunzătoare și, implicit, pentru prevenirea riscului de apariție a infecțiilor asociate asistenței medicale.	14	8.00	57.14%
Indicator neconform 01.09.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de înregistrare și analiză a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind aspectul lenjeriei și al efectelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.02.03.03	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de scoatere din uz și reînnoire a lejeriei și efectelor uzate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	11	11.00	100.00%

4.2 Referința 02 - Managementul clinic

Scopul referinței este centrarea serviciilor de sănătate pe cunoașterea și satisfacerea nevoilor pacientului generate de starea de boală și de particularitățile socio-comportamentale sau a convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de acesta, în condiții de siguranță clinică.

Spitalul trebuie să aplice cele mai bune practici (eficiente, eficace și în condiții de siguranță pentru pacient), în concordanță cu nevoile de sănătate ale acestuia, asigurându-i accesul la servicii medicale și continuitatea acestora într-un mod care să permită trasabilitatea proceselor, printr-o documentare adecvată, nebirocratică și întocmită în timp real.

Obiectivele majore ale referinței sunt:

1. Definirea misiunii spitalului în funcție de nivelul resurselor disponibile, prin stabilirea nivelului de competență, exprimată în funcție de tipurile și complexitatea serviciilor disponibile determinată de capacitatea tehnico-materială și profesională;
2. Stabilirea concordanței dintre nevoile de sănătate ale pacientului, misiunea și resursele spitalului;
3. Limitarea serviciilor medicale oferite la nivelul competențelor spitalului;
4. Asigurarea calității serviciilor medicale oferite și a siguranței pacientului prin monitorizarea continuă a rezultatelor asistenței medicale, a eficacității și a eficienței acestora.

Guvernanța clinică urmărește etapele traseului pacientului de la preluare până la rezolvarea cazului, obiectivele acestuia fiind reflectate în standardele prezentate.

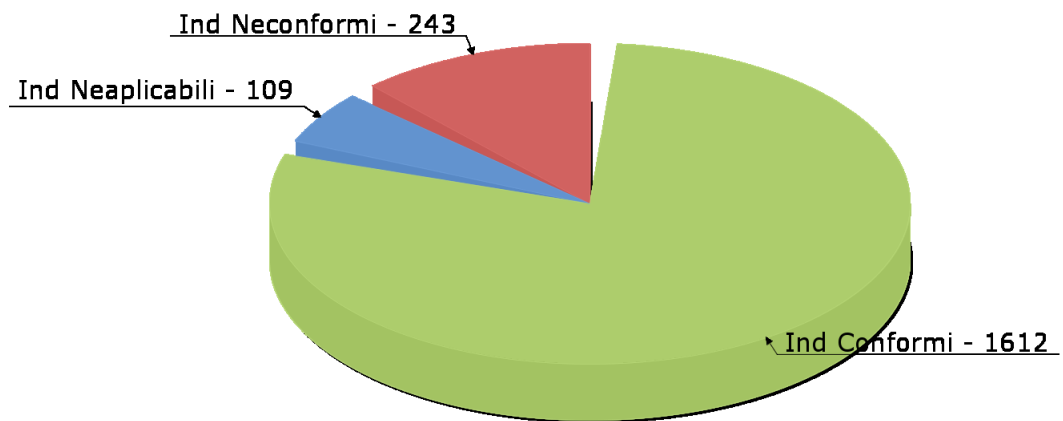
Punctaj obținut Referința 02 - 81.70%

În cadrul Referinței 02 au fost supuși analizei 1964 indicatori, fiind indentificați:

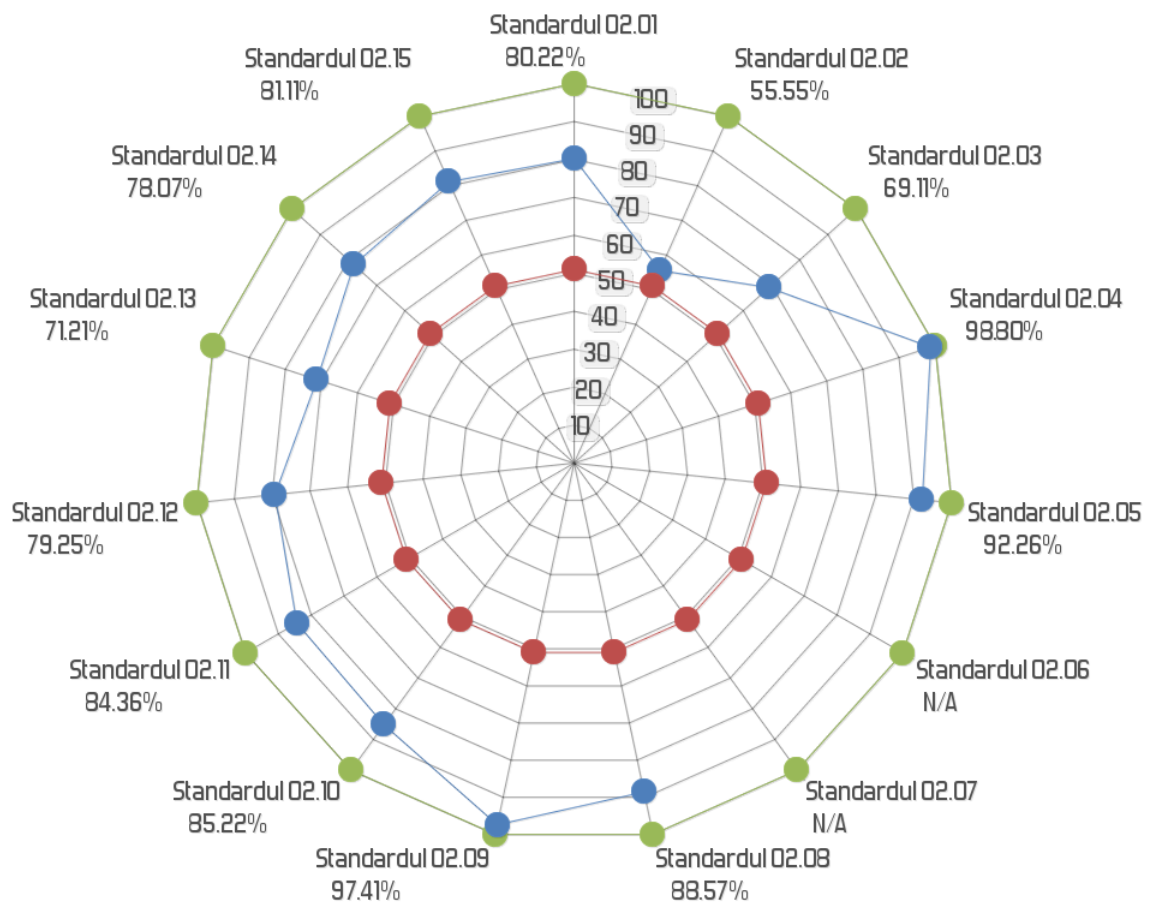
indicatori conformi	1612
indicatori neconformi	243
indicatori neaplicabili	109

obținând **2,134.08 puncte** din **2612 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **81.70%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Managementul clinic



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 02



Situația detaliată a indicatorilor la nivel de standarde a capitolului de Referință 02, se prezintă astfel:

Standardul: 02.01

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

Scopul acestui standard este de a induce profesioniștilor medicali și echipei de management a spitalului un comportament responsabil în definirea și asumarea, în funcție de resursele disponibile (umane, tehnico-materiale și financiare), a nivelului de competență a unității dar și în luarea deciziei de preluare în îngrijire a pacienților, pentru a evita preluarea acelor pacienți, ale căror probleme de sănătate depășesc nivelul de competență al spitalului, fie prin lipsa calificării sau experienței echipei medicale, fie prin insuficiența resurselor disponibile. Standardul solicită spitalului să aibă o atitudine responsabilă față de pacienți, (1) organizând preluarea pacienților astfel încât să le faciliteze accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora (prin rezolvarea promptă a urgențelor medico-chirurgicale sau printr-un sistem de programare eficace care permite pacienților să acceseze facil servicii de sănătate și să urmeze un traseu definit și programat pe parcursul internării), (2) orientându-i din start, în urma triajului efectuat, către alte unități sanitare sau, (3) după acordarea unor servicii medicale corespunzătoare nivelului de competență, îndrumându-i, pe baza protocoalelor/contractelor de colaborare existente, spre alte unități sanitare, pentru servicii medicale pe care spitalul nu le poate oferi.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.01	Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului	333	267.13	80.22%
Criteriul 02.01.01	Spitalul și-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional.	38	38.00	100.00%
Cerinta 02.01.01.01	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiiile specifice.	24	24.00	100.00%
Cerinta 02.01.01.02	Spitalul a identificat patologiiile pentru care dispune de resurse.	14	14.00	100.00%
Criteriul 02.01.02	Preluarea în îngrijire a pacienților este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora.	37	25.00	67.57%
Cerinta 02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	19	12.00	63.16%
	Recomandari: -Unitatea sanitară să reglementeze modul de programare al pacienților pentru a evita aglomerarea, prelungirea nejustificată a timpului de așteptare, internările nejustificate, transferurile întârziate etc; -Pentru o programare eficientă este necesar stabilirea unui set minim de date clinico-biologice și modalitățile de colectare a acestuia în funcție de modul de programare; -evaluarea zilnică a resurselor disponibile necesare stabilirii numărului de pacienți care pot fi programați, cu rezervarea resurselor necesare asigurării urgențelor.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.01.02.01.01	La nivelul secției există evidența zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 8		
Indicator neconform 02.01.02.01.05	Spitalul are prevederi specifice care reglementează accesul la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență. Recomandari: Pentru a putea acorda cu prioritate asistența medicală în urgență, sistemul de programare a pacienților trebuie să țină cont de rezervarea resurselor necesare acestei activități.	18	13.00	72.22%
Indicator neconform 02.01.02.02.03	La nivelul spitalului este reglementată distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 8		
Criteriul 02.01.03	Spitalul are organizat serviciul de urgențe medicale.	172	142.63	82.92%
Cerinta 02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent. Recomandari: - Medicii trebuie să fie instruiți în "Suport avansat al vieții"(ALS), iar întreg personalul în "Suport bazal al vieții" (BLS); - Trimestrial să se efectueze simulări de intervenție în diferite situații de urgență medicală. Îndeplinirea acestei cerințe TREBUIE SĂ CONSTITUIE O PRIORITATE pentru spital având în vedere riscul asociat incapacității intervenției în astfel de cazuri.	42	29.29	69.74%
Indicator neconform 02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	Nr. total aplicare: 16 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	Nr. total aplicare: 16 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.01.13	Există dovada cerificării/recertificării, pentru "Suport avansat al vieții"(ALS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii care desfășoară activitate în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 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. Recomandari: - Calificarea profesională a personalului angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) trebuie să respecte prevederile legale în vigoare; - Identificarea tipurilor de urgențe cu incidență scăzută pe baza istoricului activității spitalului și a particularităților populației deservite; - Instruirea periodică a personalului implicat în rezolvarea urgențelor cu incidență scăzută.	12	0.00	0.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.01.03.02.02	Spitalul are evidența urgențelor cu incidență scăzută care necesită simulare periodică pentru menținerea capacității de reacție.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.02.03	Există planificarea instruirilor personalului care își desfășoară activitatea în UPU/CPU pentru urgențele cu incidență scăzută.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient. Recomandari: Managementul spitalului trebuie să monitorizeze continuu respectarea condițiilor de funcționare a unităților de primire urgență și să adopte măsuri în consecință.	118	113.33	96.05%
Indicator neconform 02.01.03.03.04	Spațiul destinat triajului urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă este definit și semnalizat.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.03.11	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.03.12	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.01.04	Spitalul asigură servicii adaptate și pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale sau manifestări agresive.	61	45.50	74.59%
Cerinta 02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare. Recomandari: Cerința vizează respectarea principiului non-discriminării și asigurarea unei evaluări corecte și complete a pacientului în vederea preluării în îngrijire a acestuia. Îndeplinirea acestei cerințe constituie o prioritate pentru managementul spitalului.	45	34.50	76.67%
Indicator neconform 02.01.04.01.02	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.04.01.04	La nivelul spitalului există posibilitatea asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.04.01.08	Condițiile de spațiu și circuitele pentru preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților permit accesul pacienților cu dizabilități.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 2		
Cerinta 02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive. Recomandari: În vederea asigurării securității și protecției pacienților, angajaților și bunurilor, spitalul trebuie să aibă reglementat și implementat modul de abordare a pacienților cu manifestări agresive, în toate structurile de asistență medicală.	16	11.00	68.75%
Indicator neconform 02.01.04.02.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de conținere și/sau izolare a pacienților agresivi.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 02.01.05	Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu secții de psihiatrie asigură servicii adaptate pacienților psihiatrici.	25	16.00	64.00%
Cerinta 02.01.05.01	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.	2	2.00	100.00%
Cerinta 02.01.05.02	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.01.05.03	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.	0	0.00	N/A
Cerinta 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.	23	14.00	60.87%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruirea periodică a personalului privind reglementările și măsurile de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric; - Monitorizarea implementării măsurilor cu privire la prevenirea și limitarea urmărilor manifestărilor comportamentale ale pacientului psihiatric; - Consemnarea în timp real, raportarea și analiza incidentelor identificate - Asigurarea condițiilor de conținere specifice, dedicate pacienților psihiatrici agresivi; - Justificarea deciziei de conținere a pacienților psihiatrici agresivi trebuie consemnată în documentele medicale. <p>Datorită particularităților generate de specificul patologiilor psihiatrice, respectarea drepturilor acestor pacienți trebuie să constituie o preocupare deosebită pentru toate unitățile sanitare. Având în vedere implicațiile medico-legale ale documentelor medicale, înregistrarea completă a datelor stabilite este prioritară.</p>			
Indicator neconform 02.01.05.04.01	Spitalul asigură limitarea libertății de mișcare a pacientului psihiatric agresiv prin menținerea sa într-o zonă special amenajată și dotată, cu sistem de supraveghere continuă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.01.05.05	Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare.	0	0.00	N/A

Standardul: 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

Scopul acestui standard este de a sublinia clar necesitatea respectării evaluării medicale inițiale (care să cuprindă cât mai multe elemente, inclusiv factori psihocomportamentali și socioeconomici) pentru a identifica optimul nevoilor pacienților (programați sau urgențe), ca punct de plecare al serviciilor medicale de stabilit/planificat în concordanță cu nevoile identificate sau pentru redirecționarea acestora, atunci când spitalul nu dispune de resursele necesare, evitându-se întârzierile inutile și dăunătoare ale acordării asistenței medicale adecvate.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 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	128	71.10	55.55%
Criteriul 02.02.01	Procesul de evaluare a nevoilor pacientului, în vederea stabilirii modalității de rezolvare a cazului, este bine definit la nivelul spitalului.	56	35.10	62.68%
Cerinta 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.	40	19.50	48.75%
	<p>Recomandari: Se recomandă îndeplinirea acestei cerințe având în vedere următoarele:</p> <p>Evaluarea stării inițiale a pacientului permite medicului să decidă dacă dispune de resursele necesare pentru a prelua pacientul în îngrijire sau, dacă patologia acestuia, depășește competența spitalului, îl poate orienta către alt serviciu medical. Absența unei evaluări inițiale este în detrimentul pacientului și spitalului deoarece există posibilitatea preluării de cazuri care depășesc competența spitalului. Deasemenea alegerea greșită a modalității de rezolvare a cazului (în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă) poate reprezenta un risc pentru pacient (acesta să nu primească tipul de îngrijire necesar sau întârzierea primirii serviciului medical) sau pentru spital (când se internează pacienți care pot fi tratați în ambulatoriu sau spitalizarea de zi, risc financiar).</p> <p>Medicul care preia pacientul trebuie să îl evalueze din punct de vedere al riscului (infecțios, de cădere, agresivitate) și să consemneze în FO și patcuparitățile imediate de îngrijire.</p> <p>Calcularea timpilor de la prezentare până la internare a pacientului ajută la stabilirea distribuției personalului, a stabilirii nevoii de personal (în cazul timpilor de așteptare foarte mari, cand personalul este depășit de afluxul de pacienți).</p> <p>Pentru evitarea acordării de îngrijiri incomplete sau întârzieri în acordarea acestora, unitatea sanitară trebuie să se preocupe de identificarea patologiilor pentru a căror tratare dispune de resurse și să definească modul în care pacientul va fi tratat.</p>			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.02.01.01.02	Evaluarea pacienților din punct de vedere al riscului infecțios individual, parte a evaluării inițiale, este consemnată în documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.01.01.03	În FO sunt consemnate particularitățile imediate de îngrijire.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.01.01.04	Igienizarea generală și, după caz, locală, a pacienților este reglementată.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 4		
Cerinta 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.	11	11.00	100.00%
Cerinta 02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	5	4.60	92.00%
	Recomandari: - Stabilirea criteriilor de recunoaștere a rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare; - Stabilirea condițiilor în care investigațiile trebuie sau pot fi repetate pentru eficientizarea procesului de stabilire a diagnosticului. Efectuarea investigațiilor paraclinice poate constitui o agresiune, mai ales în situația pacientului bolnav. Evitarea repetării acestor situații în mod nejustificat și asigurarea respectării principiului economicității trebuie să constituie o preocupare constantă pentru unitatea sanitară.			
Indicator neconform 02.02.01.03.02	Evidența unităților sanitare recunoscute din punct de vedere al îndeplinirii criteriilor stabilite pentru acceptarea rezultatelor investigațiilor efectuate este accesibilă personalului medical.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 2		
Criteriul 02.02.02	Evaluarea inițială a pacientului include factorii psihocomportamentali și socioeconomiци pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	72	36.00	50.00%
Cerinta 02.02.02.01	Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.	23	18.00	78.26%
	Recomandari: Având în vedere siguranța pacienților și cea a personalului, spitalul trebuie să se preocupe pentru rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice. Absența accesului pacienților la serviciile unui psihiatru/psiholog/psihoterapeut poate prezenta un risc pentru personalul din spital, în situațiile pacienților instabil psihic sau potențial agresivi, dar și în cazul pacienților cu diagnostic terminal sau a situației de doliu patologic. Accesul la serviciile de asistență socială este necesar mai ales în cazul copiilor abandonați în spitale, a vârstnicilor fără aparținători, persoanelor cu probleme sociale, a celor cu situație financiară precară sau fără adăpost.			
Indicator neconform 02.02.02.01.03	Spitalul are reglementată modalitatea de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	17	8.00	47.06%
	Recomandari: În elaborarea traseului este necesar să se țină cont de profilul psihocomportamental și socioeconomic stabilit de către psihologul/asistentul social pentru asigurarea confortului psihic al pacientului și evitarea discriminării de natura socială.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Se recomandă ca pe baza particularităților evidențiate în FO și a recomandărilor scrise de la psiholog/asistentul social să se analizeze periodic aceste cazuri speciale pentru îmbunătățirea modalității de abordare a acestei categorii de pacienți.			
Indicator neconform 02.02.02.01	Spitalul are reglementată modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.02.02	Particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, sunt înscrise în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.02.03	Planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	32	10.00	31.25%
	Recomandari: Pregătirea personalului medical pentru identificarea corectă a durerii, evaluarea acesteia pe bază de scoruri și aplicarea corectă a protocoalelor pentru terapia durerii. Evaluarea periodică a respectării protocoalelor privind terapia durerii pentru adoptarea măsurilor de îmbunătățire. Identificarea greșită sau evaluarea incorectă a durerii poate avea serioase repercursiuni în cazurile de adicție de medicamente sau droguri, în cazul copiilor unde gradul durerii este greu de stabilit sau în cazul vâstnicilor unde durerea este tolerată și reprezintă un simptom constant, indiferent de patologie (tratamentul durerii fiind de multe ori dificil din cauza multitudinii de alte tratamente prescrise).			
Indicator neconform 02.02.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 13		
Indicator neconform 02.02.02.03.02	Spitalul are elaborate protocoale pentru terapia durerii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.02.03.04	La nivelul spitalului există analize semestriale a cazurilor care au necesitat management al durerii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.03

Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale

Scopul acestui standard este de a determina ca abordarea unitară, multidisciplinară, integrată și adaptată a pacientului să devină o uzanță a practicii medicale, bazată pe respectarea atât dreptului medicului de a decide cât și a protocoalelor de diagnostic și tratament de la nivelul spitalului, adaptate particularităților pacientului și revizuite periodic și de a asigura continuitatea și corectitudinea procesului de îngrijire, inclusiv prin respectarea acurateții transferului informațiilor între profesioniști și monitorizarea asigurării nevoilor fundamentale ale pacientului.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.03	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale	273	188.67	69.11%
Criteriul 02.03.01	Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	82	72.74	88.71%
Cerinta 02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificării stabilite de către medicul curant.	13	7.38	56.73%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consemnarea Planului de management al cazului în FO; - Stabilirea la nivelul unității a criteriilor de prioritizare a accesului la investigații și intervenții terapeutice și diseminarea acestora la nivelul tuturor structurilor medicale. <p>Furnizarea unui serviciu eficient, eficient și sigur pentru pacientul aflat în îngrijire nu se poate face în lipsa unei planificări prealabile, în conformitate cu nevoile specifice.</p> <p>Se recomandă ca această planificare să fie adaptată dinamic la cerințele / nevoile corespunzătoare tuturor pacienților aflați în îngrijire pentru evitarea aglomerării și prelungirii nejustificate a perioadei de spitalizare, cu expunerea pacientului la riscuri nosocomiale suplimentare.</p>			
Indicator neconform 02.03.01.01.01	Planul de management al cazului (etapele de diagnostic și tratament) este consemnat în FO.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.01.01.02	La nivelul spitalului există criterii de prioritizare a accesului la investigații și la intervenții terapeutice.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1	
Cerinta 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.	9	9.00	100.00%
Cerinta 02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	20	19.09	95.45%
	<p>Recomandari:</p> <p>Abaterile de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt deseori inerente ca urmare a faptului că fiecare pacient prezintă particularități (comorbidități prezente, alergii etc.) și trebuie motivate în FO.</p>			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Se recomandă analiza cauzelor acestor abateri pe baza unei proceduri definite la nivelul unității sanitare; riscul de abatere de la protocoalele terapeutice trebuie analizat în vederea recomandării unor practici unitare dar care să permită adaptarea în funcție de specificul fiecărui pacient.			
Indicator neconform 02.03.01.03.02	La nivelul secției există analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic. Recomandari: -Colectarea în timp real a datelor necesare calculării indicatorilor clinici de eficacitate și eficiență; -Stabilirea periodicității de analiză a indicatorilor clinici și a incidenței abaterilor de la recomandările protocoalelor; -Datele rezultate din evaluările periodice vor fi utilizate în îmbunătățirea protocoalelor. Lipsa analizei protocoalelor de diagnostic și tratament implică riscul de scadere a eficienței și eficacității atât din punct de vedere medical dar și din punct de vedere al costurilor pe caz rezolvat.	20	17.27	86.36%
Indicator neconform 02.03.01.04.02	La nivelul secției există analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 3		
Cerinta 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.	20	20.00	100.00%
Criteriul 02.03.02	Abordarea integrată a pacientului este o uzanță a practicii medicale.	70	52.24	74.63%
Cerinta 02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	20	20.00	100.00%
Cerinta 02.03.02.02	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO). Recomandari: - Stabilirea informațiilor necesar a fi consemnate în foaia de observație cu privire la motivarea solicitărilor de consulturi interdisciplinare; - Monitorizarea consemnării în timp real a informațiilor privind solicitările consultului interdisciplinar. Pentru evitarea acordării de servicii nejustificate și totodată asigurarea trasabilității actului medical, trebuie ca spitalul să se preocupe de înregistrarea în FO a fundamentării medicale a solicitărilor de consulturi interdisciplinare.	8	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.03.02.02.01	Fundamentarea medicală a consultului interdisciplinar este consemnată în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.02.02.02	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.02.03	A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale.	10	10.00	100.00%
Cerinta 02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR). Recomandari: - Elaborarea unui protocol de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi, care să includă: 1. calculul clearance-ului de creatinină;	32	22.24	69.49%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>2. efectuarea sumarului de urină; 3. alte determinări paraclinice corespunzător pacienților diagnosticați cu afecțiuni cu implicații asupra funcției renale (DZ/ ...HTA) - Orice pacient cu suspiciune de BCR necesită consult al medicului nefrolog fie direct, corespunzător unui protocol de colaborare, fie prin intermediul medicului de familie. Depistarea în stadii inițiale a BCR permite intervenția asupra factorilor de progresie modificabili cu reducerea ratei de declin a funcției renale și pregătirea corespunzătoare, în timp optim, a pacientului în vederea suplerii funcției renale.</p>			
Indicator neconform 02.03.02.04.01	La nivelul spitalului există protocol de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi.		Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 4	
Indicator neconform 02.03.02.04.02	Creatinina și clearance-ul de creatinină sunt determinări uzuale la pacienții internați.		Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 02.03.02.04.03	Examenul sumar de urină este determinare uzuală la pacienții internați.		Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.02.04.08	Numărul FO cu sumar de urină consemnat per numărul FO verificate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.02.04.09	Numărul FO cu creatinina serică determinată per numărul FO verificate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.02.04.10	Numărul pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) care au consemnat în FO raportul albumină (proteine)/creatinină în urină per număr FO verificate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.03.02.05	Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.03.03	Spitalul asigură continuitatea actului medical ulterior evaluării inițiale.	36	19.57	54.37%
Cerinta 02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	30	13.57	45.24%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea în cadrul unității sanitare a condițiilor necesare continuității asistenței medicale; - Elaborarea unei proceduri care să permită informarea clinicienilor cu privire la existența resurselor necesare desfășurării actului medical; - Identificarea bolilor sau grupelor de boli pentru care este necesară o colaborare interdisciplinară în cadrul aceleiași unități sau cu alte unități pentru a asigura continuitatea îngrijirilor; - Asigurarea serviciilor de suport necesare continuității asistenței medicale. 			
Indicator neconform 02.03.03.01.03	Serviciul de gardă este asigurat, pentru fiecare secție cu paturi a spitalului.		Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.03.01.04	Pentru situațiile de urgență survenite la pacienții internați, spitalul asigură accesul la servicii paraclinice 24/7.		Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 8	
Cerinta 02.03.03.02	Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.	6	6.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 02.03.04	Planul de îngrijire a pacientului este parte integrantă din managementul cazului.	56	22.13	39.51%
Cerinta 02.03.04.01	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului. Recomandari: - Reglementarea modului de elaborare a planului de îngrijiri adaptat specialității; - Instruirea asistenților medicali privind utilizarea planului de îngrijiri și evaluarea gradului de dependență; - Identificarea și tratarea riscurilor medicale asociate îngrijirilor specifice specialității.	20	7.50	37.50%
Indicator neconform 02.03.04.01.01	La nivelul spitalului este reglementată utilizarea planului de îngrijiri.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.01.02	În planul de îngrijire este înregistrat scorul de dependență specific cazului îngrijit.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.01.03	Planul de îngrijire al pacientului are precizate sarcinile specifice fiecărei persoane în funcție de competență.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.01.04	Personalul este instruit în prevenirea și/sau tratarea escarelor și trombozelor.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 2		
Cerinta 02.03.04.02	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale. Recomandari: - Medicul curant verifică în timp real măsura în care recomandările medicale se regăsesc în planul de îngrijiri întocmit de asistent, respectiv consemnarea posologiei medicației, a măsurilor de prevenire a apariției unor complicații, hidratarea, regimul igienic-dietetic etc; - Analiza periodică a modalității de întocmire a planului de tratament pentru fiecare asistent medical cu elaborarea și aplicarea măsurilor de prevenire a repetării erorilor constatate.	11	10.63	96.59%
Indicator neconform 02.03.04.02.02	Planul de îngrijire are mențiuni referitoare la nevoile spirituale, religioase și culturale, ale pacientului.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului. Recomandari: - Consemnarea îndeplinirii obiectivelor de îngrijire în concordanță cu evoluția pacientului; - Verificarea concordanței dintre tratamentul prescris și administrarea acestuia.	4	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.03.04.03.01	Evoluția pacienților este consemnată în planul de îngrijire.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.03.02	Ora la care se administrează efectiv tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.04	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/apartinătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare. Recomandari:	8	2.00	25.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	- Documentele medicale de externare ale pacientului trebuie să conțină informații cu privire la descrierea planului de îngrijiri, precum și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor; - Personalul medical trebuie să se asigure că pacientul / aparținătorii au înțeles recomandările pentru perioada consecutivă externării.			
Indicator neconform 02.03.04.04.01	Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.05	Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului. Recomandari: - Estimarea numărului mediu de personal medical de îngrijire în funcție de planurile de îngrijire a pacienților internați - scorul de dependență al fiecărui pacient; - Asigurarea personalului medical de îngrijire conform estimării efectuate. Neacordarea îngrijirilor necesare ca timp și resurse crește riscul complicațiilor.	13	2.00	15.38%
Indicator neconform 02.03.04.05.01	La nivelul secției, determinarea necesarului de personal de îngrijire se face ținând cont de scorul de dependență al pacienților.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 7		
Indicator neconform 02.03.04.05.02	Numărul de pacienți alocat pentru îngrijire fiecărui asistent medical se face în funcție de timpul necesar îngrijirii acestora.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 7		
Criteriul 02.03.05	Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real și evitând redundanțele, accesul la acestea fiind reglementat.	29	22.00	75.86%
Cerinta 02.03.05.01	Spitalul stabilește datele necesare a fi culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.	13	13.00	100.00%
Cerinta 02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității. Recomandari: - Colectarea în timp real a datelor privind îngrijirile acordate; - Stabilirea periodicității de analiză a modului de completare a datelor privind îngrijirile acordate; - Utilizarea rezultatelor evaluărilor periodice pentru îmbunătățirea modalității de completare a datelor privind îngrijirile acordate.	16	9.00	56.25%
Indicator neconform 02.03.05.02.01	La nivelul secției există analize periodice a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie - datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/ consulturi/investigații etc.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.05.02.02	Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.05.02.03	În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.05.02.04	Înregistrările din FO/planul de îngrijiri/documente medicale sunt scrise lizibil.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.04

Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului"

Scopul acestui standard este de a sensibiliza spitalele cu secții/compartimente de neonatologie/prematuro sau alte specialități pediatrie să-și adapteze serviciile pe care le oferă, la specificul de îngrijire necesar copilului, adaptate particularităților etapelor de vârstă ale acestuia, având în vedere și aspectele legate de prevenție - educația aparținătorilor, imunizarea pacienților, precum și identificarea precoce a malformațiilor nou-născutului.

În mod special standardul urmărește (1) promovarea alimentației la sân în secțiile de neonatologie, ca cel mai bun program de imunizare naturală imediată a nou-născutului, (2) depistarea precoce a malformațiilor nou-născutului, cu inițierea sau îndrumarea spre tratament în servicii specializate precum și identificarea și prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou-născut, (3) informarea părinților pentru înțelegerea beneficiilor vaccinării la copil, efectuarea primei imunizări și (4) asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.04	Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului"	167	165.00	98.80%
Criteriul 02.04.01	Spitalul a adoptat o politică de promovare a alimentației la sân în secțiile de neonatologie.	59	57.00	96.61%
Cerinta 02.04.01.01	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.	19	19.00	100.00%
Cerinta 02.04.01.02	Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.	8	8.00	100.00%
Cerinta 02.04.01.03	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neonatologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.	12	12.00	100.00%
Cerinta 02.04.01.04	Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării.	20	18.00	90.00%
	Recomandari: - Asigurarea accesului la rezerve în sistem "rooming in" pentru monitorizarea și facilitarea alimentației la sân. Sistemul "rooming in" contribuie la stabilirea și consolidarea relației mamă-copil și oferă copilului o îngrijire completă.			
Indicator neconform 02.04.01.04.03	Număr saloane cu sistem de îngrijire „rooming in” per număr total saloane în maternitate.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Criteriul 02.04.02	Spitalul se preocupă de identificarea și prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou-născut.	52	52.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	15	15.00	100.00%
Cerinta 02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	37	37.00	100.00%
Criteriul 02.04.03	Spitalul se preocupă de asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului.	56	56.00	100.00%
Cerinta 02.04.03.01	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.	36	36.00	100.00%
Cerinta 02.04.03.02	Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.	20	20.00	100.00%

Standardul: 02.05

Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare

Scopul acestui standard este de a stabili o concordanță între nivelul de competență asumat al spitalului și necesarul, nivelul, accesibilitatea, acuratețea serviciilor paraclinice necesare pe parcursul actului medical și promptitudinea primirii rezultatelor.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.05	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare	152	140.23	92.26%
Criteriul 02.05.01	Întreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuată în colaborare cu medicii clinicieni.	28	26.68	95.28%
Cerinta 02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	17	15.68	92.23%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea împreună cu medicii prescriptori a tipului și volumului de investigații necesar, în regim normal și de urgență; - Definirea, monitorizarea și respectarea timpilor de predare a rezultatelor în regim normal și de urgență; - Stabilirea analizelor cu rol de screening pe categorii populationale cu risc; - Identificarea modalităților de evitare a abuzurilor de prescriere a investigațiilor paraclinice; - Avizarea, de către Consiliul Medical, a recomandărilor menționate. <p>Necesarul de servicii paraclinice se stabilește împreună cu medicii clinicieni, în funcție de specialitățile pe care le deservește, complexitatea cazurilor tratate, timpul necesar de primire a rezultatelor, resursele umane și materiale existente ale laboratorului, media solicitărilor estimate. Pentru ca spitalul să asigure diagnosticarea corectă și cât mai rapidă a pacientului, gama investigațiilor oferite și timpul de răspuns la recomandare trebuie să fie adaptate cerințelor serviciilor clinice oferite conform nivelului de competență asumat.</p> <p>Nerespectarea acestora poate determina prelungiri ale stării de boală, erori de diagnostic și tratament inadecvat cu risc pentru pacient.</p>			
Indicator neconform 02.05.01.01.02	Setul minim de investigații pentru pacientul internat conține creatinina și clearanceul la creatinină pentru depistarea precoce a bolii cronice de rinichi.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 02.05.01.01.03	Este definită lista investigațiilor de efectuat și modul de asigurare a acestora în regim de urgență.			Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 1
Cerinta 02.05.01.02	Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.	11	11.00	100.00%
Criteriul 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.	67	59.55	88.87%
Cerinta 02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	24	24.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.	6	3.00	50.00%
	Recomandari: - Definirea de către laborator a intervalelor de referință specifice, valorilor de alertă și valorilor critice corespunzătoare scalei utilizate; - Stabilirea și respectarea modalității de comunicare a rezultatelor aflate în interval de referință, de alertă sau critice. Dezvoltarea tehnologică rapidă, variabilitatea aparaturii utilizate, precum și existența metodelor variate utilizate în măsurarea parametrilor biologici, impune cunoașterea de către prescriptor a modalității de integrare a rezultatelor emise de laborator.			
Indicator neconform 02.05.02.02.01	Pe buletinul de rezultat al investigațiilor sunt precizate intervalele de referință, valorile de alertă și valorile critice pentru fiecare rezultat al investigațiilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	37	32.55	87.96%
	Recomandari: - Elaborarea unor 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; - Monitorizarea situațiilor generatoare de neconformități și instituirea măsurilor de prevenire a repetării lor; Cerința vizează reducerea prescrierii de investigații necesare precum și prelungirea timpului de investigare prin recomandări succesive de investigații similare pacienților ce necesită o abordare multidisciplinară. Comunicarea permanentă a medicului prescriptor cu medicul care asigură radiodiagnosticul sau explorarea funcțională este necesară pentru o prescriere ținută a investigației care să ofere maxim de informație necesară clinicianului în vederea stabilirii cât mai rapide a diagnosticului pentru pacient. Lipsa comunicării sau comunicarea defectuoasă poate determina erori de diagnostic.			
Indicator neconform 02.05.02.03.02	La nivelul spitalului există protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.03.05	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, cu excepția celor efectuate în regim de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.03.06	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, efectuate în urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.05.03	Laboratorul se preocupă de satisfacerea în condiții optime a nevoilor de investigare.	57	54.01	94.75%
Cerinta 02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	26	26.00	100.00%
Cerinta 02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	31	28.01	90.34%
	Recomandari:			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>- Utilizarea sistemului "dubla verificare" în toate situațiile identificate de laborator, care ar putea genera confuzii;</p> <p>- Recoltarea produselor biologice în condiții de siguranță, în recipiente închise ermetic;</p> <p>- Transportarea probelor biologice în condiții de siguranță, cu respectarea timpului de transport și a condițiilor termice de transport recomandate;</p> <p>- Respectarea timpului angajat de predare a rezultatelor la medicul prescriptor.</p> <p>Erorile în acordarea serviciului paraclinic survin în proporție de 40% în faza preanalitică și 40% în postanalitic. Evenimente cu potențial major generator de erori care pot influența rezultatul emis de laborator se află în afara acestuia. Identificarea, rezolvarea și prevenirea apariției neconformităților survenite în preanalitic/postanalitic trebuie să constituie o preocupare pentru laborator.</p>			
Indicator neconform 02.05.03.02.02	Spitalul utilizează sistemul de recoltare vacuumat pentru toate probele sanguine.			Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.			Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 02.05.03.02.04	La nivelul spitalului transportul probelor recoltate este reglementat.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.05.03.02.06	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator către medicul prescriptor.			Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1

Standardul: 02.06

Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR)

Scopul acestui standard este de a sensibiliza medicii/furnizorii de servicii medicale pentru a identifica precoce suferința renală, ca boală de bază sau ca o consecință a altor patologii, de a crește calitatea vieții pacienților cu boală cronică de rinichi, de a scădea numărul de pacienți cu tratament de supleere a funcției renale și de a scădea mortalitatea pacienților cu tratament de supleere a funcției renale, printr-o abordare integrată a pacientului, în echipe multidisciplinare, cu implicarea tuturor profesioniștilor cu care pacientul interacționează, în vederea identificării acelor arii ale insuficienței renale cronice în care efortul terapeutic, cercetarea și suportul social sunt foarte importante.

Atenția deosebită acordată acestui tip de patologie este determinată de numărul mare de pacienți care, diagnosticați la timp, cu un consum minim de resurse, ar putea ajunge mult mai târziu la disconfortul creat de necesitatea supleerii funcției renale prin dializă și/sau transplant.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.06	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR)	0	0.00	N/A
Criteriul 02.06.01	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură accesul pacienților cu BCR la tratamentul de supleere a funcției renale (TSFR) individualizat și la momentul optim.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.01.01	Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.01.02	Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de supleere renală.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.06.02	Eficacitatea și eficiența TSFR (tratamentelor de supleere renală) sunt preocupări constante ale unității de dializă.	0	0.00	N/A
Cerinta 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.	0	0.00	N/A
Cerinta 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.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.06.03	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi, monitorizează evoluția (performanța medicală a tratamentului prin dializă) pacienților dializați.	0	0.00	N/A
Cerinta 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	0	0.00	N/A

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Român toți parametri de monitorizare a performanței medicale a tratamentului prin dializă.			
Cerinta 02.06.03.02	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează anemia pacienților dializați.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.03	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează metabolismul mineral.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.04	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează acidoza.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.05	Unitatea de dializă, în regim de spitalizare de zi monitorizează riscul infecțios specific pacientului dializat.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.06	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează starea de nutriție a pacienților dializați.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.07	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează eficiența dializei (HD/DP).	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.08	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi se preocupă de creșterea calității vieții pacienților.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.09	Unitatea de dializă are o politică de creștere a autonomiei pacienților.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.07

Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice

Scopul acestui standard este de a crește durata de supraviețuire și calitatea vieții bolnavilor neoplazici prin asigurarea accesului celor care au indicație de radioterapie, la acest tratament, în perioada optimă recomandată de comisia oncologică, prin ameliorarea indicilor specifici activității de radioterapie (scurtarea listelor de așteptare, preluarea în tratament a unui număr optim de pacienți, precizarea scopului efectuării radioterapiei – curativă, simptomatică, paliativă, adjuvantă) și prin utilizarea tehnicilor moderne avansate de radioterapie sau diversificarea izotopilor radioactivi utilizați în medicina nucleară, cu extinderea scopului efectuării acesteia și în sectorul de paliative, îmbunătățind condițiile de viață ale pacienților.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.07	Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice	0	0.00	N/A
Criteriul 02.07.01	Practica de radioterapie/medicină nucleară este adaptată nevoilor specifice ale pacientului.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.07.01.01	Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.07.01.02	Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.07.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este monitorizată și evaluată periodic.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.08

Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței

Scopul acestui standard este de a încuraja spitalul în identificarea necesității și abordarea holistică a îngrijirilor paliative (inclusiv a îngrijirii terminale) centrate pe pacient și suportul oferit familiei, cu respectarea demnității și confortul pacientului, optimizarea calității vieții prin anticiparea, prevenirea și tratamentul suferinței, dezvoltarea și asigurarea continuității îngrijirilor paliative prin promovarea calității, coerenței și siguranței acestor servicii și colaborarea între furnizorii de îngrijiri paliative și alte unități medicale implicate în îngrijirea acestor pacienți.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.08	Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței	245	217.00	88.57%
Criteriul 02.08.01	Managementul pacienților cu boli cronice progresive și nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat și nediscriminatoriu.	54	54.00	100.00%
Cerinta 02.08.01.01	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.	14	14.00	100.00%
Cerinta 02.08.01.02	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.	8	8.00	100.00%
Cerinta 02.08.01.03	Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.	16	16.00	100.00%
Cerinta 02.08.01.04	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.	8	8.00	100.00%
Cerinta 02.08.01.05	Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.	8	8.00	100.00%
Criteriul 02.08.02	Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienților cu grad de dependență crescut.	45	45.00	100.00%
Cerinta 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.	18	18.00	100.00%
Cerinta 02.08.02.02	Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.	27	27.00	100.00%
Criteriul 02.08.03	Serviciile de îngrijiri paliative asigură îmbunătățirea calității vieții pentru pacient și familie/aparținători.	33	33.00	100.00%
Cerinta 02.08.03.01	La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.	7	7.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.08.03.02	Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/apartinătorii și documentate.	4	4.00	100.00%
Cerinta 02.08.03.03	Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate și se documentează.	5	5.00	100.00%
Cerinta 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/apartinător	8	8.00	100.00%
Cerinta 02.08.03.05	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/apartinătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.	4	4.00	100.00%
Cerinta 02.08.03.06	La externare, continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opțiunile pacientului.	5	5.00	100.00%
Criteriul 02.08.04	Asistența medicală paliativă este acordată de o echipă pluridisciplinară.	89	61.00	68.54%
Cerinta 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.	27	9.00	33.33%
	Recomandari: - Formarea echipei pluridisciplinare cu asigurarea abordării holistice a pacientului aflat în îngrijire paliativă; - Adaptarea structurii echipei pluridisciplinare la nevoia de îngrijire a pacienților aflați în îngrijire paliativă.			
Indicator neconform 02.08.04.01.02	Numărul de asistenți medicali din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de un asistent medical la 8 paturi pe tură.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.08.04.01.03	Numărul de infirmiere din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de o infirmieră la 8 paturi pe tură.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 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.	7	7.00	100.00%
Cerinta 02.08.04.03	Membrii echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative din serviciile de îngrijire paliativă participă la programe de instruire continuă	43	33.00	76.74%
	Recomandari: - Perfecționarea profesională continuă specifică a echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative.			
Indicator neconform 02.08.04.03.04	Asistenții șefi din serviciile de îngrijire paliativă au urmat un curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.08.04.04	Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.	12	12.00	100.00%
Criteriul 02.08.05	Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul pacientului, asigurând suport familiei.	24	24.00	100.00%
Cerinta 02.08.05.01	Starea terminală este identificată și comunicată familiei/apartinătorilor.	5	5.00	100.00%
Cerinta 02.08.05.02	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.	19	19.00	100.00%

Standardul: 02.09

Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului

Scopul acestui standard este de a asigura sustenabilitatea și continuitatea aplicării schemelor de tratament stabilite în funcție de nevoile individuale ale pacientului printr-un management proactiv al farmaciei (asigurarea medicației conform patologiei asumate pentru tratare în spital, în cantitate suficientă pentru continuitatea actului medical, cu monitorizarea trasabilității medicamentului și intervenția în cazul în care este nevoie de evaluare, control sau corectarea unui proces, evaluări farmacoepidemiologice, de farmacovigilență și economico-financiare ale tratamentelor prescrise în vederea utilizării judicioase a medicației sau a altor produse farmaceutice).

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.09	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului	143	139.29	97.41%
Criteriul 02.09.01	La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor și monitorizare a prescrierilor.	92	89.33	97.10%
Cerinta 02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	35	32.33	92.38%
	Recomandari: - Prescrierea medicației în spital trebuie să fie reglementată și monitorizată conform procedurii stabilite de Colegiul Farmaciștilor din România, referitoare la eliberarea medicației din farmacie. Cerința vizează prevenirea riscurilor asociate nerespectării bunelor practici în prescrierea medicamentelor.			
Indicator neconform 02.09.01.01.07	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 02.09.01.01.11	Număr pacienți care afirmă că au cumpărat medicamente sau alte materiale medicale per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	28	28.00	100.00%
Cerinta 02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	29	29.00	100.00%
Criteriul 02.09.02	Infrastructura și organizarea activității farmaceutice susțin trasabilitatea medicamentelor uzuale.	51	49.96	97.96%
Cerinta 02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	40	38.96	97.40%
	Recomandari: - Organizarea și desfășurarea activității din farmacie respectă prevederile legale în vigoare;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilizarea personalului din farmacie cu privire la activitățile specifice desfășurate; - Monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice; - Monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră; - Monitorizarea medicamentelor cu mișcare încetinită; - Respectarea condițiilor de depozitare și casare a medicamentelor expirate; - Utilizarea medicamentelor și materialelor sanitare în condiții de eficiență prin monitorizarea circuitului și consumului acestora; - Identificarea și managementul medicamentelor, produselor farmaceutice și materialelor sanitare contrafăcute; - Prepararea diluțiilor (electroliți etc) în farmacie; - Prepararea soluțiilor perfuzabile cu risc toxic (medicamente oncologice etc) în condiții de siguranță. 			
Indicator neconform 02.09.02.02.04	La nivelul spitalului există personal nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.		Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.02.02.08	La nivelul spitalului este stabilit circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.02.02.10	La nivelul spitalului este reglementată activitatea de dizolvare/diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile).		Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	11	11.00	100.00%
Cerinta 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.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.10

Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie

Scopul acestui standard este de a influența profesioniștii și managementul spitalului să depună un efort conjugat, cu abordarea multidisciplinară în echipă formată din clinician, microbiolog, infecționist, epidemiolog și farmacist clinician, pentru adoptarea măsurilor necesare pentru utilizarea corectă a antibioticelor (respectarea bunelor practici în antibioprolaxie și/sau antibioticoterapie și respectarea „standardelor de aur”, în alegerea antibioticului și în asocierea de antibiotice), care să permită oferirea tratamentului optim și în siguranță pentru pacient și limitarea riscului de apariție a unor rezistențe bacteriene, ținând cont și de germeii identificați în spital, de sensibilitatea acestora la antibiotice, de ținta utilizării acestora, precum și de eficiența lor, prin urmărirea modificărilor sensibilității microbiene la antibiotice.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.10	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie	157	133.80	85.22%
Criteriul 02.10.01	Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare antibioticoterapiei.	38	38.00	100.00%
Cerinta 02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	27	27.00	100.00%
Cerinta 02.10.01.02	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.	11	11.00	100.00%
Criteriul 02.10.02	Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.	33	18.00	54.55%
	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioticoterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	23	14.00	60.87%
	Recomandari: -Stabilirea condițiilor specifice de prescriere a antibioticelor în spital; -Stabilirea condițiilor de inițiere a tratamentului cu antibiotice până la rezultatul antibiogrammei.			
Cerinta 02.10.02.01	Existența protocoalelor de antibioticoterapie precum și implicarea medicului infecționist în prescrierea antibioticelor reprezintă, conform ECDC "Key messages for professionals in hospitals and other healthcare settings", cele mai importante măsuri pentru promovarea bunei utilizări a antibioticelor, evitând astfel prescrierea inutilă sau nepotrivită, adică: - întârzierea inițierii administrării la pacienții critici; - spectrul antibioticului prea larg sau prea îngust; - doza prea mică sau prea mare; - durata administrării prea lungă sau prea scurtă; - antibioticoterapia nu este revizuită la 48-72 ore, sau când rezultatele antibiogrammei devin disponibile.			
Indicator neconform 02.10.02.01.03	Tratamentul antibacterian este susținut de rezultatele examenelor microbiologice (identificarea microscopică a bacteriei, cultura bacteriană și antibiograma, după caz).		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.10.02.01.05	Număr FO în care este consemnată antibiograma per număr de foi în care este consemnată administrarea antibioticoterapiei din FO verificate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.10.02.02	Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.	6	0.00	0.00%
	Recomandari: - Consemnarea în FO a condițiilor prescrierii de antibiotice. Documentarea prescrierii de antibiotice este necesară pentru evaluarea consumului la nivelul spitalului și elaborarea ghidurilor de tratament de către medicul de boli infecțioase sau farmacist, așa cum e prevăzut în Ordinul MS nr. 1101/2016. Pentru stabilirea duratei antibioticoterapiei medicul curant trebuie să colaboreze cu farmacistul și medicul de boli infecțioase.			
Indicator neconform 02.10.02.02.01	Durata estimată a antibioticoterapiei este înscrisă în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.10.02.02.02	Evaluarea reacției la 24 și 72 de ore la antibioticoterapie este înscrisă în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.10.02.02.03	Prelungirea tratamentului cu antibiotice peste 7 zile este justificată în FO și avizată de șeful de secție.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.10.02.03	Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.	4	4.00	100.00%
Criteriul 02.10.03	Farmacia spitalului este implicată direct în respectarea bunelor practici de antibioticoterapie.	29	28.00	96.55%
Cerinta 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.	14	13.00	92.86%
	Recomandari: - Asigurarea continuității aprovizionării cu antibiotice necesare antibioticoterapiei; - Asigurarea continuității aprovizionării cu antibiotice necesare antibioprofilaxiei; - Utilizarea antibioticoterapiei în condiții de eficacitate și eficiență; - Administrarea antibioticelor cu respectarea strictă a condițiilor de prescriere;			
Indicator neconform 02.10.03.01.04	Ora eliberării antibioticelor din farmacie este stabilită pentru a asigura respectarea ritmului de administrare și este consemnată în documentele farmaciei și în FO.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.10.03.02	Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.	7	7.00	100.00%
Cerinta 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.	8	8.00	100.00%
Criteriul 02.10.04	Activitatea laboratorului de microbiologie susține respectarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor.	32	27.00	84.38%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.10.04.01	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.	19	14.00	73.68%
	Recomandari: - Efectuarea controlului intern și extern de calitate pentru asigurarea acurateții rezultatelor din compartimentul de microbiologie; - Identificarea germeilor cu monitorizarea tulpinilor de microorganisme producătoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA etc.); - Monitorizarea antibioticorezistenței; - Antibioticele utilizate în efectuarea antibiogrammei să fie în concordanță cu antibioticele existente în farmacia spitalului. Utilizarea corectă a antibioticelor, pe lângă respectarea tuturor regulilor terapiei cu medicamente, trebuie să aibă în vedere și particularitatea acestora în ceea ce privește interacțiunea lor cu flora microbiană, care duce la selecția de agenți patogeni rezistenți ce pot fi transmiși în contextul contaminării asociate actului medical. Bunele practici în utilizarea antibioticelor sunt rezultatul colaborării multidisciplinare clinico-paraclinic. Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic este implicat în identificarea microorganismelor din produsele biologice, în monitorizarea celor producătoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA etc.), precum și în monitorizarea sensibilității microorganismelor la antibiotice.			
Indicator neconform 02.10.04.01.02	Laboratorul de microbiologie are proceduri de control a antibioticorezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitoriz	13	13.00	100.00%
Criteriul 02.10.05	Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici.	25	22.80	91.20%
Cerinta 02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	7	6.40	91.43%
	Recomandari: - Adaptarea antibioticoterapiei la antibioticorezistența din unitatea sanitară; - Asigurarea accesului permanent la informații privind modalitatea de administrare a antibioticelor; - Stabilirea situațiilor și condițiilor de prescriere a antibioprofilaxiei.			
Indicator neconform 02.10.05.01.02	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.	Nr. total aplicare: 20 Identificat neconform: 6		
Cerinta 02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	18	16.40	91.11%
	Recomandari: - Înregistrarea datelor în timp real care permit stabilirea trasabilității antibioticelor pe fiecare prescriptor; - Instituirea măsurilor pentru reducerea consumului nejustificat de antibiotice.			
Indicator neconform 02.10.05.02.03	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 2		

Standardul: 02.11

Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu

Scopul acestui standard este de a sensibiliza managementul spitalului și profesioniștii acestuia pentru a cunoaște, defini, aplica și monitoriza măsurile necesare, referitoare la riscul și prejudiciile urmare a infecțiilor asociate actului medical, dezvoltând un program de gestiune a riscului infecțios, promovând constant o atitudine constructivă pentru identificarea de soluții multifactoriale care să vizeze evaluarea, controlul și limitarea riscului infecțios, instituind o cultură durabilă privind siguranța și securitatea pacientului și creșterea calității asistenței medicale.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.11	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu	471	397.35	84.36%
Criteriul 02.11.01	Managementul spitalului are organizată activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.	125	110.00	88.00%
Cerinta 02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	24	24.00	100.00%
Cerinta 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.	25	25.00	100.00%
Cerinta 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. Recomandari: - Identificarea sectoarelor de activitate care necesită programe de prevenire intensive și susținute; - Evaluarea impactului implementării programelor preventive la nivelul sectoarelor de activitate; - Înființarea și funcționarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității sanitare; - Organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice; - Aplicarea corectă a măsurilor de prevenire a expunerii accidentale la produse biologice; - Întocmirea și completarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitară. Igiena mâinilor este esențială pentru a reduce riscul de răspândire a infecțiilor. Utilizarea antisepticelor alcoolice este metoda preferată în toate situațiile clinice, cu excepția cazurilor când mâinile sunt vizibil murdare (de exemplu, sânge, alte fluide biologice) sau după examinarea pacienților cu infecție cu Clostridium difficile sau norovirus, situații în care trebuie utilizate apa și săpunul	76	61.00	80.26%
Indicator neconform 02.11.01.03.03	La nivelul secției este reglementat modul de dezinfecție a saloanelor în care au fost internați pacienți infectați/colonizați cu bacterii multirezistente.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.01.03.04	La nivelul secției este reglementat modul de dezinfecție a paturilor și cazarmamentului.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 3	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.11.01.03.05	Există condiții pentru sterilizarea paturilor și cazarmamentului.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 02.11.01.03.08	Anestezia și asistarea respirației pacientului infecto-contagios este reglementată.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.01.03.17	Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.11.02	Supravegherea mediului de îngrijire reduce gradul de risc infecțios.	155	124.08	80.05%
Cerinta 02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	67	62.06	92.62%
	Recomandari: - Organizarea, supravegherea și controlul respectării circuitelor funcționale ale unității, a circulației pacienților și vizitatorilor și a personalului; - Întocmirea hărții zonelor de risc pentru apariția infecțiilor asociate asistenței medicale; - Elaborarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, specifice pentru fiecare zonă; - Organizarea și evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție; - Monitorizarea stării de sănătate a personalului medical; - Monitorizarea pentru simptome ILI (influenza like illness); - Comunicarea cazurilor suspecte de boli transmisibile din rândul personalului.			
Indicator neconform 02.11.02.01.03	Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.01.05	Circuitele blocului operator/sălii de nașteri sunt reglementate pentru asigurarea gradului de sterilitate optim.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.01.06	Circuitul personalului, în blocul operator/sala de nașteri/sterilizare este reglementat.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.01.07	Circuitul instrumentarului și materialelor sanitare, în blocul operator / sala de nașteri este reglementat.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.01.11	Există program de igienizare și dezinfectare a mijloacelor de transport utilizate în spital.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	8	6.00	75.00%
	Recomandari: - Evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție; - Identificarea microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere cele multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major.			
Indicator neconform 02.11.02.02.04	Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv per număr total probe recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 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.	7	3.00	42.86%
	Recomandari: - Evaluarea calității aerului pe toată durata lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații; - Respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului pe durata lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații; - Raportarea problemelor depistate sau constatate în prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale determinate de lucrările de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații efectuate în spital.			
Indicator neconform 02.11.02.03.01	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.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.02.04	Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.	43	26.00	60.47%
	Recomandari: - Supravegherea, controlul și monitorizarea sterilizării pentru instrumentarul medical și materialele sanitare; - Desemnarea echipei implicate în controlul și monitorizarea sterilizării.			
Indicator neconform 02.11.02.04.04	La nivelul spitalului este reglementat modul de verificare a sterilizării de către serviciul de sterilizare și SSPLIAAM/CSPLIAAM.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 02.11.02.04.10	Igienizarea/decontaminarea/dezinfectia spațiilor și echipamentelor de la nivelul structurii este reglementată.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 02.11.02.04.13	Zonele funcționale în cadrul serviciului de sterilizare au un sistem de acces tip filtru pentru personal pentru evitarea contaminării încrucișate.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Cerinta 02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	30	27.03	90.09%
	Recomandari: - Respectarea circuitului lenjeriei infecțioase și neinfecțioase; - Stabilirea modalității de identificare și raportare a neconformităților.			
Indicator neconform 02.11.02.05.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului nominalizat cu manevrarea lenjeriei.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.05.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la colectarea și manevrarea lenjeriei murdare	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 02.11.02.05.05	Registrul de autocontrol microbiologic al lenjeriei este completat la zi.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Criteriaul 02.11.03	Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranța alimentului are în vedere controlul riscului infecțios.	19	19.00	100.00%
Cerinta 02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).	7	7.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.11.03.02	Respectarea regulilor de siguranță a alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.	12	12.00	100.00%
Criteriul 02.11.04	Managementul clinic al structurilor medicale previne și limitează riscul infecțios.	172	144.26	83.87%
Cerinta 02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	26	23.38	89.90%
	Recomandari: - Organizarea și controlul IAAM conform planului anual de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale la nivelul sectoarelor de activitate; - Depistarea și raportarea la timp a infecțiilor asociate asistenței medicale; - Asigurarea activității de screening al pacienților pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplerezistenți; - Elaborarea și implementarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secție; - Supravegherea și respectarea procedurilor de triaj, depistare și izolare a infecțiilor asociate asistenței medicale.			
Indicator neconform 02.11.04.01.03	La nivelul secției, prevenirea infectării pacienților imunodeprimați este reglementată.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.01.05	Riscul infecțios asociat manevrelor invazive este menționat în consimțământul informat al pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	48	25.50	53.13%
	Recomandari: - Elaborarea protocoalelor privind activitatea de screening al pacienților pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor prezente; - Stabilirea modalității de colaborare cu medicul specialist de boli infecțioase în situațiile în care este necesar; - Declararea infecțiilor asociate asistenței medicale, în conformitate cu legislația în vigoare. Pacienții infectați reprezintă principala sursă de agenți patogeni în unitățile sanitare, iar reducerea sau prevenirea diseminării microorganismelor de la sursă este critică. (WHO Guideline 2014 "Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care".			
Indicator neconform 02.11.04.02.01	Există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente și/sau tratamentele cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilității de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogrezistente.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.02	În FO/documente medicale este consemnat statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.03	Riscul epidemiologic al pacienților este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.04	Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrogrezistente.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.11.04.02.05	Protocolul specific pentru anestezia și asistarea respirației pacientului cu tuberculoză pulmonară și/sau colonizat cu microorganisme multidrogrezistente, prevede comunicarea cazului la SSPLIAAM/CSPLIAAM.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.09	Număr cazuri cu infecții ale tractului urinar după manevre invazive pe căile urinare per număr cazuri la care s-au efectuat manevre invazive, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.10	Număr cazuri cu infecții respiratorii nosocomiale per număr cazuri internate, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.14	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Clostridium difficile per total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.18	Număr cazuri codificate cu codul Y95 per număr cazuri internate în secție, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 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.	11	11.00	100.00%
Cerinta 02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	30	30.00	100.00%
Cerinta 02.11.04.05	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial. Recomandari: - Elaborarea și implementarea metodologiei de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.	6	4.50	75.00%
Indicator neconform 02.11.04.05.02	Personalul medico-sanitar este informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului. Recomandari: - Înregistrarea cazurilor de expunere accidentală la produse biologice; - Vaccinarea personalului medico-sanitar; - Respectarea regulilor de tehnică aseptică; - Instruirea personalului privind autodeclararea îmbolnăvirilor; - Comunicarea cazurilor suspecte de boli transmisibile din rândul personalului; - Triajul zilnic al personalului; - Formarea personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale; - Informarea personalului cu privire la obligativitatea raportării expunerii accidentale și metodele de prevenire și evaluare a riscului de infecție.	33	31.89	96.63%
Indicator neconform 02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	Nr. total aplicare: 18 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.07	Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.	18	18.00	100.00%

Standardul: 02.12

Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului

Scopul acestui standard este de a dezvolta în spital o atitudine proactivă față de riscuri, prin identificare situațiilor în care pacientul ar putea suferi prejudicii prin intervenția sau non-intervenția echipei medicale și adoptarea măsurilor care să permită asumarea și prevenirea riscului (voluntar sau involuntar) și limitarea celor considerate acceptabile (riscurile reziduale sau riscurile rămase după ce s-au luat toate măsurile de prevenire), pentru a oferi siguranță pacientului (cea mai importantă dimensiune a calității îngrijirilor de sănătate).

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.12	Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului	237	187.83	79.25%
Criteriul 02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.	63	41.00	65.08%
Cerinta 02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	15	13.00	86.67%
	Recomandari: - Identificarea riscurilor clinice și a modalității de rezolvare a acestora; - Identificarea categoriilor de pacienți cu risc clinic și a modalității de prevenire a evenimentelor adverse asociate aceluși risc. Identificarea riscurilor clinice și documentarea lor ca și parte componentă a registrului riscurilor, precum și analiza periodică a acestora, inclusiv a eficacității și eficienței modalităților de tratare trebuie să se facă la nivelul fiecărui sector de activitate, cu participarea, alături de specialiști, a membrilor structurii de managementul calității.			
Indicator neconform 02.12.01.01.03	Identificarea pacienților cu risc crescut este realizată și consemnată în documentele medicale, la consultul inițial.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.01.02	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.	14	6.00	42.86%
	Recomandari: - Implicarea profesioniștilor în definirea și recunoașterea evenimentelor santinelă; - Raportarea evenimentelor santinelă; - Analiza și adoptarea măsurilor de prevenire a repetării evenimentelor santinelă interne și externe. Datorită gravității consecințelor evenimentelor santinelă atât asupra pacientului cât și asupra personalului medical, dar și a unității sanitare în ansamblu, identificarea, analiza cauzelor, propunerea măsurilor de prevenire a apariției dar și analiza periodică a eficacității și eficienței acestor măsuri trebuie să reprezinte o preocupare permanentă a unității sanitare.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.12.01.02.01	Managementul evenimentelor santinelă este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.01.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare, analizare și prelucrare a evenimentelor santinelă pentru personalului medical.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 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").	22	20.00	90.91%
	Recomandari: - Implicarea profesioniștilor în identificarea și recunoașterea evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss"; - Raportarea evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss"; - Analiza și adoptarea măsurilor de prevenire a repetării evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss". Scopul identificării evenimentelor care afectează siguranța pacienților este de a învăța din greșeli și nu de a identifica "vinovatul". Eveniment near-miss reprezintă un eveniment care nu a afectat pacientul, fără o intervenție deliberată pentru evitarea sa sau eveniment cu capacitatea de a provoca vătămări, dar care nu are consecințe negative, datorită identificării și corectării în timp util și corect a posibilelor consecințe pentru pacient.			
Indicator neconform 02.12.01.03.01	Spitalul are definit un set minim de date care permit analiza evenimentelor care afectează siguranța pacienților (evenimente santinelă, evenimente adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss").	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	12	2.00	16.67%
	Recomandari: - Identificarea și cunoașterea de către profesioniști a situațiilor care necesită "dubla identificare" aplicabile în unitatea sanitară; - Identificarea și utilizarea de către profesioniști a cel puțin două elemente de identificare pentru fiecare situație care necesită "dublă identificare". Eroarea de identificare este una dintre cele mai frecvente cauze care generează evenimente adverse asociate asistenței medicale.			
Indicator neconform 02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare corectă a pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.01.04.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a sistemului de identificare a pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.01.04.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.	45	41.50	92.22%
Cerinta 02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.	8	6.00	75.00%
	Recomandari:			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>- Identificarea riscurilor clinice legate de medicație și a modalității de rezolvare a acestora; - Consemnarea administrării medicației, indiferent de recomandare sau proveniența acesteia; - Informarea pacientului cu privire la riscurile medicației prescrise sau a asocierilor nepermise de administrare.</p> <p>Înregistrarea datelor referitoare la medicația pacienților, atât cea personală cât și cea primită din spital precum și modul de comunicare a acestor informații între ture trebuie reglementată, pentru evitarea erorilor de administrare.</p>			
Indicator neconform 02.12.02.01.01	Consemnarea medicației în FO/documente medicale este făcută lizibil de către medicul prescriptor și cuprinde mențiuni privind numele produselor, doza, modul, frecvența de administrare și după caz, precauțiile privind administrarea soluțiilor concentrate d		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 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.	7	7.00	100.00%
Cerinta 02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	10	10.00	100.00%
Cerinta 02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	20	18.50	92.50%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificarea soluțiilor concentrate de electroliți utilizate în unitatea sanitară; - Depozitarea, inclusiv temporară, a soluțiilor concentrate de electroliți în condiții securizate; - Prepararea diluțiilor de electroliți să fie realizată în spații dedicate cu asigurarea condițiilor de sterilitate. <p>Riscul vital reprezentat de administrarea eronată a soluțiilor concentrate de electroliți sau de utilizarea lor de către persoane neautorizate impune asigurarea măsurilor suplimentare de control al accesului persoanelor la aceste produse farmaceutice.</p>			
Indicator neconform 02.12.02.05.05	La nivelul spitalului există nominalizat responsabil cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 4	
Criteriul 02.12.03	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.	24	23.33	97.22%
Cerinta 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.	13	13.00	100.00%
Cerinta 02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	11	10.33	93.94%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizarea și analiza permanentă a respectării modalităților stabilite de predare-preluare a datelor referitoare la pacient precum și a responsabilităților cu privire la acesta, prin analiza înscrisurilor și a eventualelor evenimente adverse apărute. 			
Indicator neconform 02.12.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților.		Nr. total aplicare: 18 Identificat neconform: 4	
Criteriul	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.	37	31.50	85.14%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
02.12.04				
Cerinta 02.12.04.01	<p>În practica chirurgicală și anestezică sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemnează elemente de identificare pentru fiecare caz în parte.</p> <p>Recomandari: - Utilizarea listelor de verificare specifice predefinite pentru practica chirurgicală și anestezică.</p> <p>Evitarea omisiunilor generate de rutină apărută în cursul unor activități repetitive sau sub presie, impune folosirea listelor de verificare predefinite.</p>	11	7.00	63.64%
Indicator neconform 02.12.04.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la modul și gradul de completare al listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.	8	8.00	100.00%
Cerinta 02.12.04.03	<p>Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.</p> <p>Recomandari: - Implicarea profesioniștilor în identificarea incidentelor apărute în practica chirurgicală și anestezică; - Analiza și adoptarea măsurilor de prevenire a repetării incidentelor apărute în practica chirurgicală și anestezică; - Raportarea incidentelor apărute în practica chirurgicală și anestezică.</p> <p>Scopul identificării incidentelor apărute în practica chirurgicală și anestezică care afectează siguranța pacienților este de a învăța din greșeli și nu de a identifica "vinovatul".</p>	18	16.50	91.67%
Indicator neconform 02.12.04.03.04	La nivelul spitalului este stabilită modalitatea de monitorizare a respectării intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie.	Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 2		
Criteriul 02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.	32	19.00	59.38%
Cerinta 02.12.05.01	<p>Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.</p> <p>Recomandari: - Evitarea expunerilor nejustificate; - Stabilirea nivelului dozei de iradiere; - Utilizarea echipamentelor de protecție și monitorizare a iradierii personalului; - Consemnarea în documentele medicale a datelelor cu privire la doza per episod de iradiere, data administrării și doza totală de expunere.</p> <p>Utilizarea radiațiilor ionizante în stabilirea unui diagnostic nu este lipsită de risc atât pentru pacienți cât și pentru personalul medical din laboratoare. Reglementările specifice din domeniul utilizării radiațiilor ionizante sunt stricte și au un caracter relativ unitar, cu aplicabilitate în toate țările membre ale Comunității Europene, SUA, Canada. Aceste reglementări se referă atât la nivelul minimal obligatoriu, al dotărilor constructive ale laboratoarelor, la criteriile de acceptabilitate ale instalațiilor radiologice utilizate cât și la nivelurile de referință ale dozelor de radiații administrate pacienților în procesul de investigare radiologică. Organismele de reglementare naționale (în România, Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare) autorizează utilizarea instalațiilor radiologice doar dacă, la nivelul laboratoarelor există implementat un sistem de management al calității, monitorizat de către titularul de autorizație (spitalul),</p>	22	17.00	77.27%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	instituirea unui proces de autocontrol al practicii, rolul organismului de reglementare fiind restrâns la verificarea periodică a respectării condițiilor și limitelor înscrise în autorizațiile de desfășurare a activităților nucleare. În consecință, o activitate autorizată CNCAN, nu garantează, deși impune, un autocontrol din partea spitalului, al proceselor specifice practicii medicale utilizatoare de radiații ionizante.			
Indicator neconform 02.12.05.01.02	La nivelul spitalului există protocoale specifice prin care se stabilește nivelul dozei de iradiere.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei. Recomandari: - Obținerea "maximului de calitate a imaginii cu doza minimă de radiații"; - Analizarea periodică a calității imaginilor; - Evitarea iradierilor nejustificate prin precizarea în recomandare a zonei de examinat și a incidentelor necesare, după caz. În vederea diminuării riscului de iradiere, procedurile de radiodiagnostic elaborate de către spital, adaptate condițiilor tehnico-materiale-locative proprii trebuie să respecte principiile universale de radioprotecție.	10	2.00	20.00%
Indicator neconform 02.12.05.02.01	La nivelul Consiliului medical există analize periodice a calității imaginilor radiologice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.05.04	Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.05.05	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.12.06	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigațional.	18	15.00	83.33%
Cerinta 02.12.06.01	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice. Recomandari: - Identificarea și monitorizarea riscului microbiologic asociat procesului investigațional. Siguranța pacienților în spitale constituie cea mai importantă dimensiune a calității îngrijirilor de sănătate. Pentru asigurarea acesteia profesioniștii identifică riscurile existente în raport cu desfășurarea activității medicale. Manevrarea produselor biologice cu potențial crescut infecțios implică riscuri de contaminare a acestora, a mediului spitalicesc și a personalului.	5	2.00	40.00%
Indicator neconform 02.12.06.01.02	La nivelul laboratorului este implementată o modalitate de monitorizare a riscurilor microbiologice specifice activităților proprii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.06.02	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.	13	13.00	100.00%
Criteriul 02.12.07	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.	18	16.50	91.67%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	5	5.00	100.00%
Cerinta 02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	13	11.50	88.46%
	Recomandari: - Identificarea și aplicarea modalităților de prevenire a accidentelor prin cadere la pacienții cu risc clinic de cădere.			
Indicator neconform 02.12.07.02.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscul de cădere al pacienților aflați în îngrijire.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 3		
Cerinta 02.12.07.04	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.07.06	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.13

Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență

Scopul acestui standard este de a impulsiona spitalul să implementeze și monitorizeze permanent regulile de hemovigilență, să stabilească și să asigure controlul de calitate și trasabilitatea proceselor de prescriere, transport și administrare a sângelui și produselor din sânge, pentru utilizarea acestora în condiții de siguranță pentru pacient și personal dar și de colectare a deșeurilor astfel rezultate.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.13	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență	198	141.00	71.21%
Criteriul 02.13.01	Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare a terapiei transfuzionale și hemovigilență.	126	78.00	61.90%
Cerinta 02.13.01.02	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.	65	47.00	72.31%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Înființarea și autorizarea unității de transfuzie sanguină; - Asigurarea continuității resurselor materiale necesare desfășurării activității de transfuziologie; - Asigurarea continuității funcționării în condiții de siguranță a echipamentelor utilizate în transfuziologie; - Pregătirea și perfecționarea continuă a personalului din unitatea de transfuzie sanguină; - asigurarea calității produselor transfuzate. <p>Fiind vorba de servicii cu valoare strategică menite să asigure un nivel înalt de protecție a sănătății umane în cazul aplicării terapiei transfuzionale, controlul sângelui uman și al componentelor sanguine pe întreg lanțul transfuzional constituie un domeniu de interes pe plan național, dar și pe plan european, ce presupune și investiții pe măsură în infrastructura și resursa umană.</p>			
Indicator neconform 02.13.01.02.17	Efectuarea controlului ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este reglementată.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.13.01.02.21	Personalul medical este instruit și informat referitor la procedura privind transfuzia de sânge total și componente sanguine.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.13.01.02.22	Există și sunt cunoscute de către medici protocoalele privind indicațiile tratamentului transfuzional în cazul anumitor categorii de pacienți, după caz, pentru nou-născuți, sugari, copii, pacienți politransfuzati, pacienți cu evidență a alloimunizării ant			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 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.	61	31.00	50.82%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizarea și funcționarea structurilor funcționale ale spitalului implicate în activitatea transfuzională; 			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<ul style="list-style-type: none"> - Implicarea profesioniștilor în recunoașterea evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Analiza și adoptarea măsurilor de prevenire a repetării evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Raportarea și analiza evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Implementarea măsurilor de prevenire a evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Utilizarea sângelui și a produselor din sânge în condiții de eficiență și eficacitate. <p>Ținând cont de Obiectivul Strategic 2.6 din Strategia națională de sănătate 2014 – 2020 , cu privire la asigurarea necesarului de sânge și componente sanguine în condiții de maximă siguranță și cost-eficiență, respectiv faptul că serviciile oferite de unitatea de transfuzie sanguină sunt servicii esențiale pentru asigurarea sănătății populației, problemele cheie care stau în fața sistemului național sunt asigurarea auto-suficienței sângelui și a componentelor sanguine umane, precum și asigurarea nivelului necesar de siguranță, de securitatea transfuzională prin aplicarea/extinderea sistemelor de management al calității pe tot lanțul transfuzional.</p> <p>Conducerea unității sanitare are responsabilitatea de a se asigura că există un sistem de calitate eficient, cu resurse adecvate, că rolurile și responsabilitățile au fost definite, comunicate și implementate în întreaga instituție. Implicarea activă a conducerii la realizarea sistemului de calitate este esențială. Aceasta trebuie să se asigure de sprijinul și implicarea personalului în implementarea sistemului de calitate.</p>			
Indicator neconform 02.13.01.03.04	Completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale sunt reglementate și respectate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.07	Personalul medical este informat 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.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.10	Rezultatele evaluărilor respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional sunt analizate cu personalul medical implicat și sunt luate măsuri în consecință.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.12	La nivelul UTS există analize 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)		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.13	La nivelul UTS este analizat periodic consumul de sânge total și componente sanguine, în vederea reducerii consumului nejustificat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Criteriul 02.13.02	Prescrierea de sânge și derivate este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.	72	63.00	87.50%
Cerinta 02.13.02.01	Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.	11	5.00	45.45%
	Recomandari: - Identificarea patologiilor din unitatea sanitară pentru care utilizează protocoale specifice de transfuzie; - Stabilirea modalității de prescriere în unitatea sanitară a sângelui și a componentelor sanguine.			
Indicator neconform 02.13.02.01.01	Spitalul are definite patologiile pentru care utilizează protocoale specifice de transfuzie.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.13.02.02	Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.	18	18.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 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.	43	40.00	93.02%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea continuității aprovizionării cu sânge și produse din sânge, inclusiv pentru cazurile de urgență; - Asigurarea aprovizionării cu sânge și produse din sânge pentru situații deosebite; - Asigurarea transportului sângelui și a produselor din sânge în condiții de siguranță; - Recuperarea de către UTS a deșeurilor rezultate în urma activității transfuzionale. <p>Realizarea autosuficienței sângelui și a componentelor sanguine umane este un obiectiv național prioritar al politicii de sănătate, în condițiile utilizării terapeutice optime și raționale, în concordanță cu practica modernă de terapie transfuzională. (Lege 282/2005 Republicată).</p> <p>Majoritatea evenimentelor adverse transfuzionale din ultimii ani se datorează transportului în condiții inadecvate a sângelui și a produselor din sânge, generând risc vital pentru pacienții transfuzați.</p>			
Indicator neconform 02.13.02.03.07	Modalitatea de recuperare a sângelui și/sau a componentelor sanguine neutilizate pe secții și de stabilire a destinației finale a acestora este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.14

Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale

Scopul acestui standard este de a îmbunătăți activitatea medicală, protocoalele de diagnostic, investigații și tratament, prin organizarea auditului clinic - analizarea periodică a eficacității și eficienței procedurilor și a protocoalelor clinice (diagnostic, investigații și tratament) la nivelul fiecărei secții dar și la nivelul spitalului, evaluarea oficială, de către conducerea spitalului a calității practicii profesionale din spital, în ansamblul său.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.14	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale	63	49.18	78.07%
Criteriul 02.14.01	Activitatea de audit clinic este organizată.	34	24.00	70.59%
Cerinta 02.14.01.01	Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.	8	5.00	62.50%
	Recomandari: - Stabilirea condițiilor de efectuare a misiunilor de audit; - În desfășurarea auditului clinic să fie evaluate eficacitatea și eficiența protocoalelor diagnostice și terapeutice. Auditul clinic reprezintă o metodă de îmbunătățire a calității care implică evaluarea continuă/ ciclică a practicilor prin măsurarea diferenței dintre practica curentă (observată) și practica recomandată/recunoscută, cu ajutorul indicatorilor/criteriilor de evaluare și crează cadrul necesar îmbunătățirii activității medicale. Prin compararea practicilor curente cu reglementările de buna practică (standarde/ ghiduri/ protocoale), auditerile clinice pot informa atât personalul unităților medicale cât și părțile interesate, despre elementele esențiale ale calității precum și despre punctele slabe ale serviciilor de sănătate, în general.			
Indicator neconform 02.14.01.01.02	Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.14.01.02	Echipele de audit clinic sunt parte funcțională a structurii de management al calității.	14	12.00	85.71%
	Recomandari: - Respectarea regulilor de formare a echipei de audit clinic. Activitatea de audit clinic se desfășoară în echipe multiple, în funcție de specificitățile din unitatea sanitară. Aceasta nu reprezintă activitatea unei structuri dedicate, prevăzută în organigrama unității sanitare. Echipele de audit clinic sunt echipe funcționale, a căror activitate se desfășoară în coordonarea structurii de management al calității. În formarea echipei de audit clinic se ține cont de: - din echipă trebuie să facă parte atât persoane care cunosc metoda și procesul auditat cât și persoane cu autoritate la nivelul instituției (care, de preferat, să și coordoneze echipa de audit); - din echipă trebuie să facă parte cel puțin un reprezentant al structurii de management al calității ;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	- cel puțin unul din membrii echipei a absolvit un curs de formare ca auditor, evaluator etc; - pentru succesul demersului, în echipă trebuie să fie angrenați cât mai mulți dintre cei implicați în procesul/domeniul auditat.			
Indicator neconform 02.14.01.02.02	În 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.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.14.01.03	În situațiile în care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.	12	7.00	58.33%
	Recomandari: - Monitorizarea evenimentelor indezirabile; - Auditarea clinică a evenimentelor indezirabile generate de activitatea medicală și de îngrijire.			
Indicator neconform 02.14.01.03.01	Spitalul are reglementată modalitatea de identificare, analiză și raportare a evenimentelor indezirabile.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.14.02	Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice.	29	25.18	86.83%
Cerinta 02.14.02.01	Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament.	9	7.00	77.78%
	Recomandari: - Raportul de audit clinic trebuie să cuprindă și propuneri a căror implementare să ducă la îmbunătățirea calității, creșterea siguranței pacienților și personalului și creșterea eficacității și eficienței proceselor auditate; - În procesul de revizuire a procedurilor și protocoalelor echipa responsabilă trebuie să țină cont propunerile / măsurile rezultate în urma misiunilor de audit clinic.			
Indicator neconform 02.14.02.01.01	Număr de protocoale de diagnostic și tratament auditate per număr total de protocoale de diagnostic și tratament utilizate, în ultimul an calendaristic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	20	18.18	90.91%
	Recomandari: - Elaborarea indicatorilor de monitorizare a eficienței și eficacității protocoalelor de diagnostic și/sau tratament; - Stabilirea periodicității de autoevaluare a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament de către utilizatori. Elaborarea protocoalelor de diagnostic și/sau tratament au ca scop îmbunătățirea practicii medicale, reducerea riscului iatrogen și, implicit, îmbunătățirea rezultatelor tratamentului pacienților în condițiile "celor mai bune rezultate, cu costurile cele mai scăzute". Măsurarea acestora se realizează prin indicatori de eficacitate și eficiență.			
Indicator neconform 02.14.02.02.01	La nivelul spitalului se face dovada autoevaluării periodice a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 2		

Standardul: 02.15

Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia

Scopul acestui standard este de a dezvolta conceptul de "externarea, etapă și nu final al serviciului medical în spital" prin stabilirea criteriilor de externare ale pacientului în funcție de starea de sănătate a acestuia, de evoluția pacientului, de îndeplinirea obiectivelor planului de îngrijire, previzionarea acestuia încă de la internare, deciderea momentului împreună cu pacientul și familia/aparținătorii acestuia, după caz, planificarea și discutarea cu pacientul, familia/aparținătorii a continuării îngrijirilor medicale după externare și comunicarea medicului de familie și/sau medicului specialist curant din ambulator a tuturor informațiilor legate de serviciile medicale oferite în spital și recomandările făcute la externare.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.15	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia	45	36.50	81.11%
Criteriul 02.15.01	Externarea este planificată, coordonată și documentată.	15	8.50	56.67%
Cerinta 02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	8	3.50	43.75%
	Recomandari: - Precizarea particularităților de externare a pacientului în FO; - Consemnarea modificărilor cu privire la externarea pacientului în FO.			
Indicator neconform 02.15.01.01.01	În planificarea asistenței medicale întocmită de medicul curant este menționat momentul estimat al externării, însoțit de mențiunea că pacientul se poate externa singur sau cu însoțitor.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.15.01.01.02	Modificările privind momentul estimat al externării sunt motivate și consemnate în FO.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.15.01.01.03	Număr pacienți care declară că au fost informați despre data estimată a externării per număr pacienți chestionați.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	7	5.00	71.43%
	Recomandari: - Stabilirea setului de date cuprins în documentele care însoțesc pacientul la externare, care includ și planul terapeutic și de îngrijire; - Comunicarea pacientului și medicului prescriptor a datelor stabilite pentru externare (medicului de familie și / sau medicului specialist din ambulatoriu).			
Indicator neconform 02.15.01.02.01	În FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 02.15.02	Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces.	30	28.00	93.33%
Cerinta 02.15.02.01	Apartținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului. Recomandari: - Consemnarea datelor de contact ale aparținătorilor în FO; - Stabilirea modalității de comunicare a personalului medical cu aparținătorii în situația modificărilor în evoluție a pacientului.	7	5.00	71.43%
Indicator neconform 02.15.02.01.01	Datele de contact ale aparținătorilor sunt menționate în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 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.	5	5.00	100.00%
Cerinta 02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesare a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	18	18.00	100.00%

4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului

Scopul acestei referințe este de a sprijini spitalul în stabilirea condițiilor de desfășurare a activității astfel încât să permită atingerea țintelor calitative impuse actului medical, cu respectarea drepturilor pacienților, protejarea acestora împotriva erorilor profesionale, dar și protejarea corpului medical și a unității sanitare în fața riscului atragerii răspunderii civile.

Obiectivele majore ale referinței sunt:

- adaptarea cerințelor calitative ale serviciului medical la contextul actual al cunoașterii și respectării legislației medicale
- gestionarea riscului expunerii civile a profesioniștilor și a spitalului în interacțiunea cu pacienții prejudiciați sau care se consideră prejudiciați în urma acordării asistenței medicale.

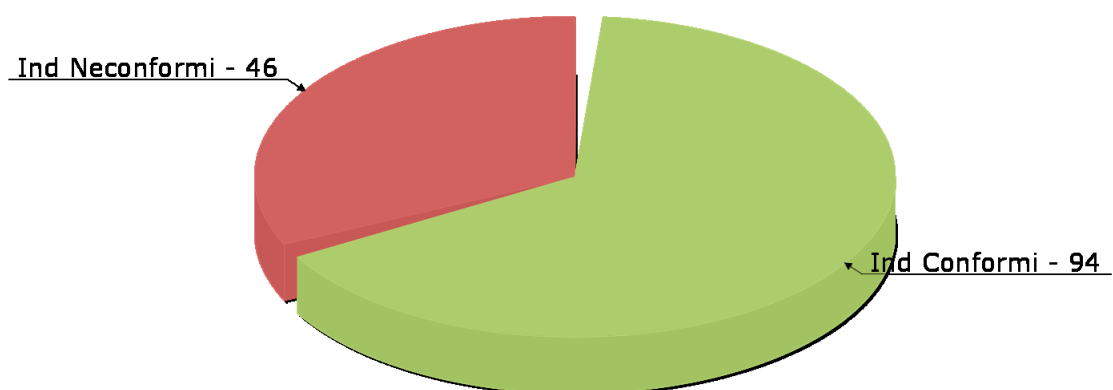
Punctaj obținut Referința 03 - 60.16%

În cadrul Referinței 03 au fost supuși analizei 140 indicatori, fiind identificați:

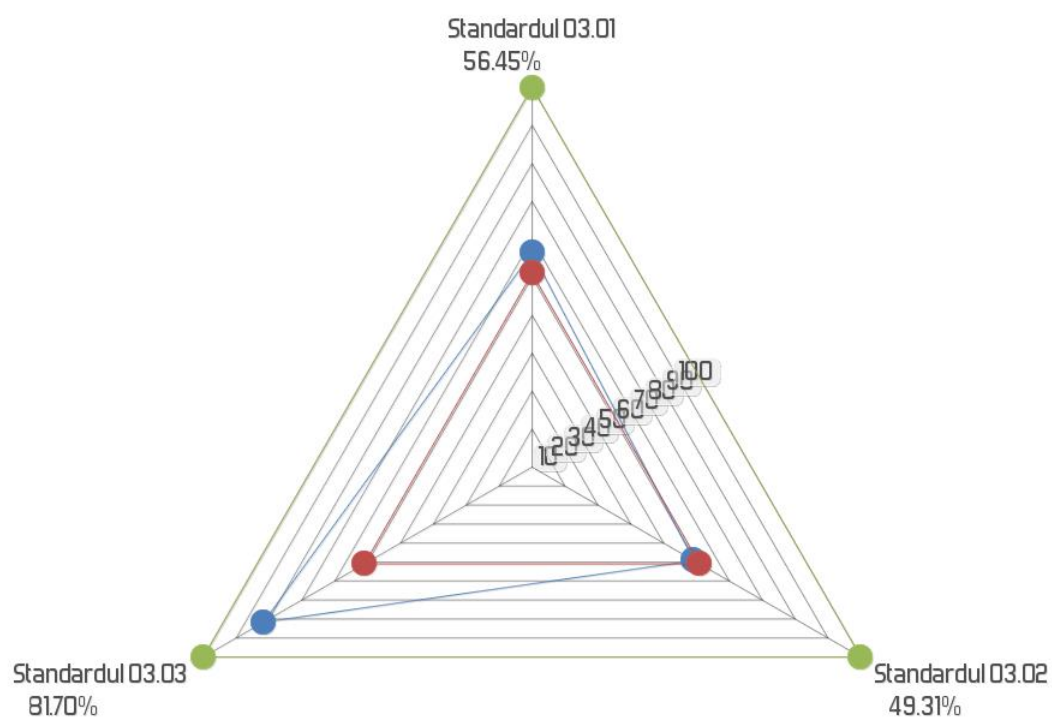
indicatori conformi	94
indicatori neconformi	46
indicatori neaplicabili	0

obținând **119.72 puncte** din **199 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **60.16%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Etica medicală și drepturile pacientului



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 03



Situația detaliată a indicatorilor la nivel de standarde a capitolului de Referință 03, se prezintă astfel:

Standardul: 03.01

Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului

Scopul acestui standard este de a implica activ și constant managementul spitalului în asigurarea conformității practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică consimțământului informat (CI) și confidențialității datelor medicale ale pacientului prin dezvoltarea în cultura organizațională a dimesiunii etice a activității fiecărui angajat, prin (1) identificarea problemelor etice din medicină, (2) aducerea de justificări raționale pentru deciziile etice, (3) aplicarea principiilor etice ale Declarației universale privind bioetica și drepturile omului, (4) dezvoltarea capacității de a diferenția o problemă etică de alte probleme, (5) dezvoltarea capacității de a raționa în legătură cu problemele etice și (6) prevederea de măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 03.01	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului	62	35.00	56.45%
Criteriul 03.01.01	Spitalul asigură conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică consimțământului informat (CI).	30	18.00	60.00%
Cerinta 03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	2	-8.00	0.00%
	Recomandari: - Obținerea consimțământului informat al pacientului la inițierea activităților și manoperelor cu risc. Consimțământul informat este confirmarea legală a implicării conștiente a pacientului în actul medical de care beneficiază și este etapă obligatorie a serviciului oferit de spital.			
Indicator neconform 03.01.01.01.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Cerinta 03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	17	15.00	88.24%
	Recomandari: - Definirea posibilelor impedimente în obținerea consimțământului informat; - Instruirea personalului cu privire la modalitatea optimă, adecvată, de informare a pacientului și obținere a consimțământului informat. Identificarea vulnerabilităților pentru informarea adecvată, adaptată pacientului, și obținerea consimțământului informat este necesară pentru implicarea pacientului în deciziile medicale.			
Indicator neconform 03.01.01.02.03	Număr de pacienți care știu un efect advers sau risc pentru medicamentele sau procedurile terapeutice administrate per număr total pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	11	11.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 03.01.02	Spitalul prevede măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică confidențialității datelor medicale ale pacientului.	32	17.00	53.13%
Cerinta 03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical. Recomandari: - Instruirea personalului medical referitor la metodologia adoptată de spital pentru asigurarea confidențialității datelor medicale, situațiile și condițiile în care aceste date sunt accesibile pacienților/apartinătorilor/terților; - Consemnarea opțiunii pacientului referitor la comunicarea datelor sale medicale către terți. Relația pacient-medic/personalul medical se bazează în totalitate pe respect reciproc, inclusiv prin asigurarea de către personalul medical a confidențialității referitoare la starea de sănătate a pacientului și la datele sale medicale.	15	0.00	0.00%
Indicator neconform 03.01.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 03.01.02.01.05	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	17	17.00	100.00%

Standardul: 03.02

Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților

Scopul acestui standard este de a determina spitalul să respecte dreptul pacientului la îngrijiri de sănătate, în directă relație cu nevoile sale medicale identificate de profesioniști dar și conform percepției pacientului, (1) cu alocarea resurselor medicale fără discriminare, cu respectarea drepturilor tuturor oamenilor la îngrijiri de sănătate - oamenii cu probleme asemănătoare să fie tratați în mod asemanator (echitate orizontală), iar oamenii cu probleme diferențiate să fie tratați diferențiat (echitate verticală), (2) cu o comunicare și educare terapeutică a pacientului în funcție de nivelul său de instruire, de atitudinea față de boală și percepțiile sale religioase, precum și de a fi protejat de imixtiunea terților asupra sa sau a informațiilor legate de el, (3) cu desfășurarea actului profesional și interacționarea în ansamblu a profesioniștilor și spitalului cu pacientul, realizată respectând demnitatea umană și asigurându-se că interesul și binele ființei umane prevalează interesului societății, ori al științei.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 03.02	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților	84	41.42	49.31%
Criteriul 03.02.01	Spitalul are politici de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale.	11	0.58	5.30%
Cerinta 03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	7	6.58	94.05%
	Recomandari: - Instruirea personalului medical cu privire la acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale; - Înregistrarea de către personalul medical în documentele medicale a încetării furnizării asistenței medicale a pacientului.			
Indicator neconform 03.02.01.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.02.01.02	Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.	4	-6.00	0.00%
	Recomandari: - Stabilirea modalității de desfășurare a activității în unitatea sanitară a Consiliului etic; - Utilizarea recomandărilor Consiliului etic în deciziile manageriale.			
Indicator neconform 03.02.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementată activitatea Consiliului etic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 03.02.02	Spitalul asigură accesul la informațiile medicale personale.	18	8.00	44.44%
Cerinta 03.02.02.01	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/apartinătorilor/imputerniciților documentele medicale solicitate.	9	4.00	44.44%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea modalității de eliberare a documentelor medicale la solicitarea pacientului, aparținătorului sau împuternicitului; - Stabilirea responsabililor cu eliberarea documentelor medicale solicitate de pacient, aparținător sau împuternicit; - Analizarea periodică a respectării modalității de eliberare a documentelor medicale solicitate de pacient, aparținător sau împuternicit. <p>Accesul la informațiile medicale ale pacientului la solicitarea acestuia, aparținătorului sau împuternicitului trebuie să se facă cu respectarea drepturilor pacientului.</p>			
Indicator neconform 03.02.02.01.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la condițiile specifice de eliberare a documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuterniciți.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Cerinta 03.02.02.02	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.	9	4.00	44.44%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea modalității de eliberare a documentelor medicale la solicitarea autorităților; - Stabilirea responsabililor cu eliberarea documentelor medicale solicitate de autorități; - Analizarea periodică a respectării modalității de eliberare a documentelor medicale solicitate de autorități. <p>Accesul la informațiile medicale ale pacientului la solicitarea autorităților trebuie să se facă cu respectarea drepturilor pacientului.</p>			
Indicator neconform 03.02.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către alte instituții / autorități.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Criteriul 03.02.03	Spitalul asigură condiții pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicală.	22	17.83	81.06%
Cerinta 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.	10	5.83	58.33%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea modalității prin care pacientul își poate exercita dreptul la „a doua opinie medicală” pe parcursul internării în spital, de la medici din afara spitalului; <p>Accesul pacientului la o a doua opinie medicală ”externă” trebuie respectat și facilitat de către spital.</p>			
Indicator neconform 03.02.03.01.01	Spitalul are reglementată modalitatea privind ”a doua opinie medicală” în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, la solicitarea pacientului, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 03.02.03.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea privind ”a doua opinie medicală” în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate, la solicitarea pacientului, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 3		
Cerinta 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.	12	12.00	100.00%
Criteriul 03.02.04	Spitalul este preocupat de protecția pacienților în relația cu mediul extern.	14	2.00	14.29%
Cerinta 03.02.04.01	Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți.	7	2.00	28.57%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea condițiilor pentru accesul mass-media în unitatea sanitară, la pacienți; - Obținerea consimțământului pacientului cu privire la informațiile referitoare la starea sănătății sale, furnizate către mass-media. <p>Asigurarea confidențialității și dreptului pacienților la intimitate precum și evitarea transmiterii în spațiul public a unor informații legate de pacienți se face prin respectarea unei modalități stricte de acces a reprezentanților mass-media la pacienți sau la informațiile legate de aceștia.</p>			
Indicator neconform 03.02.04.01.01	Accesul mass-media la pacienți este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.02.04.01.03	Acordul pacientului/apartinătorilor pentru accesul mass-media la acesta și/sau la informațiile sale este consemnat în FO/documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	7	0.00	0.00%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificarea situațiilor de intruziuni externe; - Stabilirea modalităților de prevenire și intervenție în situații de intruziuni externe. <p>Securitatea fizică a pacienților și bunurilor trebuie asigurată prin măsuri de pază și protecție, adaptate particularităților unității sanitare și pacienților internați.</p>			
Indicator neconform 03.02.04.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.02.04.02.02	În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/apartinătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.	Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 15		
Criteriul 03.02.05	Spitalul reglementează înregistrarea audio/foto/video a pacienților în scop medical/didactic/de cercetare și pentru evitarea acuzațiilor de malpraxis.	19	13.00	68.42%
Cerinta 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.	8	4.00	50.00%
	<p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea și documentarea condițiilor de desfășurare a înregistrărilor audio/foto/video pentru evitarea culpei medicale în cursul actului medical din unitatea sanitară; - Înregistrarea în FO a pacientului a fundamentării efectuării de înregistrări audio/foto/video ale actului medical, pentru evitarea culpei medicale. <p>Spitalul asigură posibilitatea efectuării, pentru cazuri în care se consideră probabilă o eventuală acuzație de malpraxis, de înregistrări foto-audio-video ale actului medical.</p>			
Indicator neconform 03.02.05.01.02	Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este motivată în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.02.05.01.03	Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este pastrată, în original, atașată la FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 03.02.05.02	Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.	11	9.00	81.82%
	Recomandari: - Stabilirea și documentarea condițiilor de desfășurare a înregistrărilor audio/foto/video în scop didactic sau de cercetare în cursul actului medical din unitatea sanitară; - Informarea pacientului și obținerea consimțământului informat din partea pacientului/apartinătorilor. Spitalul asigură posibilitatea efectuării, cu respectarea demnității pacientului, de documentare, în scop didactic sau de cercetare a cazurilor, prin înregistrare audio-foto-video.			
Indicator neconform 03.02.05.02.03	Există consimțământul informat al pacientului/apartinătorilor, după caz, cu privire la înregistrarea audio/foto/video în scop medical, didactic și de cercetare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 03.03

Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării

Scopul acestui standard este de a îndruma profesioniștii și managementul spitalului să respecte (1) limitarea practicii curente la sfera de competență deținută în cadrul fiecărei specialități, asigurându-se că prin activitatea medicală desfășurată determină îmbunătățirea stării de sănătate și a condițiilor de viață a pacientului dar și, atunci când situația o impune, (2) să reglementeze modul în care se pot depăși limitele competenței formale, în interesul imediat, vital al pacientului.

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 03.03	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării	53	43.30	81.70%
Criteriul 03.03.01	Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competență deținută în cadrul specialității.	25	19.54	78.15%
Cerinta 03.03.01.01	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.	11	6.00	54.55%
	Recomandari: - Asigurarea numărului suficient de personal medical cu competență specifică, adaptată adresabilității pe specialități; - Evitarea acordării asistenței medicale cu depășirea competențelor personalului implicat determinate de lipsa certificărilor necesare.			
Indicator neconform 03.03.01.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	14	13.54	96.70%
	Recomandari: - Efectuarea de instruirii specifice referitoare la situațiile de depășire a competențelor medicale și prevenirea acestora; - Monitorizarea respectării criteriilor stabilite cu privire la limitele de competență profesională.			
Indicator neconform 03.03.01.02.01	La nivelul spitalului sunt stabilite criteriile pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 1		
Criteriul 03.03.02	Depășirea limitelor competenței este permisă în interesul pacientului.	28	23.77	84.88%
Cerinta 03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	9	7.86	87.29%
	Recomandari: - Stabilirea modalității de acordarea asistenței medicale în urgențele cu risc vital cu depășirea temporară a competențelor medicale; - Instruirea periodică a personalului medical cu privire la acordarea asistenței medicale în urgențele cu risc vital cu depășirea temporară a competențelor medicale.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 03.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.03.02.01.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 2		
Cerinta 03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	19	15.91	83.73%
	Recomandari: - Identificarea situațiilor în care este permisă depășirea competențelor medicale în afara specialității; - Instruirea personalului cu privire la situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale în afara specialității; - Consemnare în documentele medicale a situațiilor de depășire a competențelor; - Analiza justificării și condițiilor de desfășurare a activității medicale în situațiile în care s-a depășit competența.			
Indicator neconform 03.03.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definite situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 03.03.02.02.03	Situațiile privind depășirea competențelor medicale sunt consemnate în FO/documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

5. Aprecieri și recomandări

Punctajul obținut în urma analizei documentației rezultate din procesul de evaluare în vederea acreditării confirmă efortul pe care l-ați depus pentru ca serviciile de sănătate pe care dumneavoastră le oferiți să răspundă nevoilor colectivității deservite și să asigure condițiile de siguranță pacientului, personalului și mediului.

PUNCTE TARI

Apreciam succesul dumneavoastră pentru îndeplinirea în procent de peste 90% a cerințelor în ceea ce privește:

- promovarea conceptului de spitalul prieten al copilului; (std. 02.04);
- capacitatea de asigurare a serviciilor paraclinice conform cu nevoile de investigare stabilite de clinicieni (std. 02.05);
- asigurarea continuității tratamentului medicamentos și a siguranței pacientului printr-un management farmaceutic performant (std. 02.09);

POTENȚIAL DE ÎMBUNĂTĂȚIRE

În vederea creșterii calității serviciilor oferite de spitalul dumneavoastră, recomandăm continuarea preocupării dumneavoastră în demersul de creștere a conformității cu privire la:

- existența concordanței strategiei și managementului strategic al organizației cu nevoia de îngrijiri de sănătate și dinamica pieței de servicii de sănătate (std. 01.01);
- asigurarea de către managementul resurselor umane a nevoilor de personal, conform misiunii asumate de către spital (std. 01.03);
- managementul financiar și administrativ care răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului (std. 01.04);
- sistemul informațional care răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital (std. 01.05);
- dezvoltarea unui sistem de comunicare la nivelul spitalului care să răspundă nevoilor organizației și ale beneficiarilor (std. 01.06);
- organizarea, respectiv funcționarea sistemului de management al calității serviciilor, care asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în spital (std. 01.07);
- prevenirea apariției prejudiciilor prin managementul riscurilor neclinice care stau la baza procesului decizional (std. 01.08);
- necesitatea ca mediul de îngrijire să asigure condițiile utile pentru desfășurarea asistenței medicale (std. 01.09);
- preluarea în îngrijire a pacienților, care se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului (std. 02.01);
- evaluarea inițială prin identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) pentru stabilirea necesarului de asistență și îngrijiri medicale a acestora (std. 02.02);
- abordarea în mod integrat și specific a pacientului, cu aplicarea celor mai bune practici medicale, în vederea asigurării continuității asistenței și a îngrijirilor medicale (std. 02.03);

- preocuparea pentru ameliorarea suferinței pacienților cu boli cronice progresive și familiilor acestora prin acordarea de îngrijiri paliative și terminale de calitate (std. 02.08);
- preocuparea de reducere a consumului neneesar de antibiotice și de prevenire a antibioezistenței prin implementarea bunelor practici de antibioticoterapie (std. 02.10);
- preocuparea de creștere a capacității de prevenire și control a infecțiilor asociate asistenței medicale prin implementarea și respectarea bunelor practici în domeniu (std. 02.11);
- dezvoltarea, respectiv implementarea politicii de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului (std. 02.12);
- preocuparea de reducere a riscului asociat utilizării sângelui și a produselor din sânge prin implementarea și respectarea bunelor practici transfuzionale și de hemovigilență (std. 02.13);
- implementarea auditului clinic în scopul îmbunătățirii asistenței medicale și reducerii variabilității de practică (std. 02.14);
- organizarea personalizată a externării sau a transferului pacientului în condiții de siguranță (std. 02.15);
- promovarea respectului pentru autonomia pacientului (std. 03.01);
- respectarea principiilor binefacerii și nonvătămării (std. 03.03);

PUNCTE SLABE

Este necesar să acordați o atenție deosebită implementării obiectivelor referitoare la:

- asigurarea derulării optime a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale ca urmare a definirii corecte a structurii organizatorice și managementului organizațional (std. 01.02);
- respectarea principiului echității și justiției sociale, respectiv a drepturilor pacienților (std. 03.02);

Recomandăm elaborarea cu celeritate a unui grafic cu măsuri menite să determine îndeplinirea celor menționate!

Vă asigurăm de sprijinul nostru nemijlocit pentru îndeplinirea misiunii asumate!

6. Anexă la raportul de acreditare

STANDARDE PENTRU CARE SPITALUL A OBTINUT UN PUNCTAJ MAI MIC DE 51%

Cod	ENUNȚ STANDARD	PUNCTAJ (%)
01.02	Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale	18.03%
03.02	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților	49.31%

INDICATORII CU PUNCTAJ (-10) IDENTIFICAȚI CA FIIND NECONFORMI

Cod Indicator neconform	Denumire	Nr. total aplicare	Identificat neconform
01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	1	1
01.06.01.03.12	La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice.	27	2
01.07.01.03.02	La nivelul spitalului există procedură cu privire la autoevaluarea calității serviciilor.	1	1
01.07.03.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	1	1
01.07.03.03.04	Există raportare către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.	1	1
01.08.02.01.55	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în zona de ambulatoriu.	1	1
01.08.02.01.56	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în serviciul de urgență.	1	1
01.08.02.01.57	Există acces facil din zona de spitalizare de zi la laboratoarele de investigații.	1	1
01.08.02.01.58	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în baza de tratament (ex: radioterapie etc)	1	1
01.08.02.01.82	Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale.	1	1
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	32	2
01.08.02.02.10	Zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate.	8	1
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	16	1
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	16	2
02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	12	1
02.03.03.01.04	Pentru situațiile de urgență survenite la pacienții internați, spitalul asigură accesul la servicii paraclinice 24/7.	10	8
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	18	1
02.13.01.02.17	Efectuarea controlului ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este reglementată.	1	1
03.01.01.01.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora.	2	2
03.01.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți.	2	2
03.02.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementată activitatea Consiliului etic.	1	1