

ORDIN ADMINISTRATIE PUBLICA 446/2017	Vigoare
Emitent: Ministerul Sanatatii Domenii: Spitale	M.O. 300/2017
Ordin privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor.	

M.Of.Nr.300 din 27 aprilie 2017

Vezi: [OAP 148/2017](#) privind aprobarea modalitatii de plata a taxei de acreditare, valabila pentru ciclul de acreditare corespunzator perioadei 2017-2021

ORDIN Nr. 446
privind aprobarea Standardelor, Procedurii si
metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor

Vazand Referatul de aprobare al Directiei generale de asistenta medicala si sanatate publica nr. F.B. 3.535/2017, Adresa Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate nr. 506 din 02.03.2017, inregistrata la Ministerul Sanatatii cu nr. F.B. 1.820 din 03.03.2017,

tinand cont de Hotararea Colegiului director al Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate nr. 2 din 5 aprilie 2017 privind adoptarea editiei a doua a standardelor, procedurilor si metodologiei de acreditare a spitalelor,

in temeiul art. 5 lit. c) din Hotararea Guvernului [nr. 629/2015](#) privind componenta, atributiile, modul de organizare si functionare ale Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate, al art. 174 alin. (1) si art. 249 alin. (2) din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si al art. 7 alin. (4) din Hotararea Guvernului [nr. 144/2010](#) privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare,

ministrul sanatatii emite urmatorul ordin:

Art. 1. - Se aproba Standardele de acreditare a spitalelor, prevazute in anexa nr. 1.

Art. 2. - Se aproba Procedura si metodologia de evaluare si acreditare a spitalelor, prevazute in anexa nr. 2.

Art. 3. - (1) La data intrarii in vigoare a prezentului ordin, Ordinul ministrului sanatatii [nr. 871/2016](#) pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 587 din 2 august 2016, se abroga.

(2) Pentru spitalele aflate in curs de acreditare, emiterea rapoartelor si a certificatelor de acreditare se face in conformitate cu legislatia in vigoare la data initierii procesului de acreditare.

(3) Pentru spitalele acreditate la data intrarii in vigoare a prezentului ordin, monitorizarea, reevaluarea si reacreditarea se desfasoara in conformitate cu prevederile legale in vigoare la data evaluarii.

Art. 4. - Anexele nr. 1 si 2 fac parte integranta din prezentul ordin.

Art. 5. - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Ministrul sanatatii,
Florian-Dorel Bodog

Bucuresti, 18 aprilie 2017.
Nr. 446.

ANEXA Nr. 1

Standarde de acreditare a spitalelor

01	R	MANAGEMENTUL STRATEGIC SI ORGANIZATIONAL
01.01	S	Strategia si managementul strategic al organizatiei sunt concordante cu nevoia de ingrijire de sanatate si cu dinamica pietei de servicii de sanatate.
01.01.01	Cr	Planul strategic se bazeaza pe analiza nevoilor de ingrijire a populatiei si a pietei de servicii.
01.01.01.01	C	Organizatia a realizat/utilizat o analiza privind nevoile de ingrijire a populatiei careia i se adreseaza si a pietei de servicii de sanatate din teritoriul deservit.
01.01.01.02	C	Rezultatele analizei privind nevoile de ingrijiri medicale ale populatiei si piata de servicii sunt utilizate in stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
01.01.02	Cr	Planul strategic elaborat de catre spital este asumat la toate nivelurile de decizie.
01.01.02.01	C	Planul strategic este fundamentat in conformitate cu resursele disponibile si potentiale identificate.
01.01.02.02	C	Planul strategic vizeaza imbunatatirea calitatii serviciilor si a sigurantei pacientilor.
01.01.02.03	C	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute si asumate la nivelul structurilor implicate in realizarea acestora.

01.01.03	Cr	Planul strategic se implementeaza cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.
01.01.03.01	C	La nivelul spitalului functioneaza o echipa activa responsabila cu evaluarile periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.
01.01.03.02	C	Sefii tuturor sectoarelor de activitate analizeaza periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.
01.01.03.03	C	Planificarea anuala a activitatilor are in vedere obiectivele strategice stabilite.
01.01.04	Cr	Strategia institutelor clinice si a spitalelor clinice include si dezvoltarea sectorului de cercetare stiintifica.
01.01.04.01	C	Cercetarea stiintifica vizeaza obiectivele de dezvoltare a spitalului.
01.01.04.02	C	Inovatia adusa prin cercetare imbunatateste calitatea si performanta actului medical.
01.01.04.03	C	Institutul medical coordoneaza activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate in domeniu.
01.02	S	Structura organizatorica si managementul organizational asigura derularea optima a tuturor proceselor de acordare a asistentei si ingrijirilor medicale.
01.02.01	Cr	Spitalul functioneaza cu toate avizele si autorizatiile prevazute de actele normative in vigoare.
01.02.01.01	C	Spitalul a luat toate masurile pentru obtinerea si actualizarea autorizatiilor si avizelor specifice, dupa caz.
01.02.01.02	C	Spitalul a luat toate masurile pentru mentinerea conditiilor pe baza carora s-au obtinut autorizatiile si avizele specifice.
01.02.02	Cr	Structura organizatorica este fundamentata, documentata, analizata si, dupa caz, actualizata periodic.
01.02.02.01	C	Fundamentarea structurii organizatorice are in vedere cererea de servicii medicale si dinamica resurselor disponibile.
01.02.02.02	C	Conducerea evalueaza periodic structura organizatiei in raport cu cererea de servicii de sanatate.
01.02.02.03	C	Conducerea analizeaza periodic modul de desfasurare a proceselor de la nivelul organizatiei si actualizeaza in consecinta structura organizatorica.
01.02.03	Cr	Structurile functionale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operationale, asigurand integrarea proceselor si consolidarea controlului managerial.
01.02.03.01	C	Structurile functionale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite si active.
01.02.03.02	C	Activitatea structurilor functionale (comisii, comitete si consilii) de la nivelul spitalului asigura fundamentarea procesului decizional.
01.03	S	Managementul resurselor umane asigura nevoile de personal conform misiunii asumate de catre spital.
01.03.01	Cr	Politica de resurse umane este documentata si adaptata nevoilor privind organizarea si functionarea unitatii.
01.03.01.01	C	Conducerea spitalului stabileste necesarul de personal in raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizarii procesului de furnizare a serviciilor si raportat la normativul de personal.

01.03.01.02	C	Conducerea spitalului analizeaza anual structura posturilor si dispune masuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.
01.03.01.03	C	Conducerea spitalului asigura elaborarea si implementarea unui plan anual de selectie, recrutare si dezvoltare profesionala a personalului.
01.03.01.04	C	Formarea profesionala continua este realizata in baza unui plan de formare, adecvat specificului si nevoilor unitatii, incluzand sursele de finantare.
01.03.02	Cr	Nevoia de personal este stabilita conform capacitatii tehnice, hoteliere, adresabilitatii, morbiditatii tratate, normativului de personal si auditului timpului de munca, dupa caz.
01.03.02.01	C	Nevoia de personal medical si auxiliar in sectiile/compartimentele cu paturi este stabilita in functie de gradul de dependenta al categoriilor de pacienti ingrijiti.
01.03.02.02	C	Nevoia de personal este estimata pentru a asigura utilizarea la capacitate optima a resurselor tehnice existente.
01.03.02.03	C	Personalul care desfasoara activitate in unitate este calificat si autorizat, conform legii.
01.03.03	Cr	Politica de personal motiveaza angajatii si determina imbunatatirea calitatii.
01.03.03.01	C	Armonizarea relatiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului si angajati se realizeaza prin implicarea angajatilor in luarea deciziilor cu impact asupra realizarii atributiilor, respectand mecanismele de dialog social.

01.03.03.02	C	Nivelul de satisfactie al angajatilor este evaluat periodic.
01.03.03.03	C	Spitalul asigura respectarea cerintelor privind calitatea vietii profesionale.
01.04	S	Managementul financiar si administrativ raspunde obiectivelor strategice si operationale ale spitalului.
01.04.01	Cr	Spitalul are o strategie financiara privind dezvoltarea.
01.04.01.01	C	Investitiile sunt stabilite in conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, avand in vedere satisfacerea nevoilor comunitatii deservite sau atragerea de noi consumatori.
01.04.01.02	C	Spitalul asigura realizarea planului anual de investitii conform bugetului aprobat.
01.04.02	Cr	Bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului sustine realizarea planului anual de servicii.
01.04.02.01	C	Bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului este intocmit cu fundamentarea cheltuielilor.
01.04.02.02	C	Spitalul analizeaza periodic veniturile realizate, in raport cu cheltuielile efectuate.
01.04.03	Cr	Bugetul este actualizat periodic din perspectiva eficientizarii procesului de furnizare a serviciilor.
01.04.03.01	C	Spitalul are implementata o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.
01.04.03.02	C	Spitalul analizeaza periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.
01.04.04	Cr	Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigura continuitatea in furnizarea serviciilor.
01.04.04.01	C	Spitalul asigura evidenta si monitorizarea produselor si serviciilor critice.
01.04.04.02	C	Spitalul realizeaza analiza periodica a stocurilor.
01.04.04.03	C	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelata cu consumul.
01.04.04.04	C	Spitalul asigura aprovizionarea cu produse si servicii pentru cazuri exceptionale.
01.05	S	Sistemul informational raspunde necesitatilor de informatii si stabileste utilizarea lor eficienta in spital.
01.05.01	Cr	Sistemul informational asigura datele necesare documentarii activitatilor spitalului.
01.05.01.01	C	Sistemul informational integreaza nevoia de informatii si solicitarile externe (formale sau informale) din toate sectoarele de activitate.
01.05.01.02	C	Administrarea sistemului informatic asigura adaptarea acestuia la cerintele activitatii spitalului.
01.05.02	Cr	Circuitele si fluxurile informationale sustin desfasurarea activitatilor si a procesului decizional.
01.05.02.01	C	Circuitele si fluxurile informationale asigura transmiterea datelor in formatul necesar si in timp util.
01.05.02.02	C	Circuitele si fluxurile informationale contin sisteme de alertare care previn aparitia erorilor decizionale.
01.05.03	Cr	Procesele informationale fundamenteaza eficient deciziile la nivelul spitalului.
01.05.03.01	C	Suportul de informatii caracteristic fiecarei activitati desfasurate in spital (suport hartie, magnetic, electronic) si fluxul de utilizare a acestuia sunt definite si respectate.
01.05.03.02	C	Operationalitatea procedurilor informationale utilizate permite eficientizarea activitatii in spital.
01.05.04	Cr	Sistemul informatic si toate mijloacele de pastrare a datelor (mijloace de tratare a informatiilor) asigura confidentialitatea, integritatea si securitatea datelor.
01.05.04.01	C	Spitalul respecta legislatia in vigoare cu privire la securitatea datelor.
01.05.04.02	C	Accesul la informatii, prelucrarea si protectia acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesionala.
01.05.04.03	C	Spitalul asigura sisteme de back-up al informatiei.
01.05.04.04	C	Spitalul asigura monitorizarea si controlul utilizarii sistemelor informationale.
01.05.04.05	C	Pastrarea si arhivarea documentelor, informatiilor si inregistrarilor asigura confidentialitatea, integritatea si securitatea datelor.
01.05.04.06	C	Distrugerea documentelor/inregistrarilor se realizeaza cu pastrarea confidentialitatii si securitatii datelor.
01.05.05	Cr	Sistemul informational asigura documentarea si sustine procesul educational al angajatilor din spital.

01.05.05.01	C	Sistemul informational asigura documentarea si informarea angajatilor din spital.
01.05.05.02	C	Sistemul informational sustine procesul de instruire si dezvoltare profesionala a angajatilor din spital.
01.06	S	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului raspunde nevoilor organizatiei si ale beneficiarilor.

01.06.01	Cr	Comunicarea externa raspunde nevoilor beneficiarilor si ale spitalului.
01.06.01.01	C	Spitalul pune la dispozitia publicului canale de comunicare variate.
01.06.01.02	C	Pagina de internet a spitalului asigura comunicarea eficienta.
01.06.01.03	C	Spitalul asigura conditiile necesare orientarii cu usurinta.
01.06.01.04	C	Spitalul asigura conditiile necesare identificarii personalului.
01.06.01.05	C	Comunicarea cu mass-media asigura informarea publicului si promovarea spitalului.
01.06.01.06	C	Spitalul ofera informatii privind activitatea medicala prestata.
01.06.01.07	C	Comunicarea externa se realizeaza avand in vedere continuitatea procesului de ingrijire.
01.06.01.08	C	Spitalul are organizata comunicarea cu alte unitati sanitare si alte structuri administrative.
01.06.02	Cr	Comunicare interna raspunde nevoilor pacientilor si ale spitalului.
01.06.02.01	C	Spitalul are implementate modele de comunicare profesionala intre membrii echipelor medicale.
01.06.02.02	C	Spitalul are stabilite si utilizeaza protocoale de comunicare specifica intre profesionisti.
01.06.02.03	C	Regulile interne sunt comunicate personalului si pacientilor.
01.06.03	Cr	Comunicarea cu pacientul urmareste implicarea acestuia in procesul de ingrijire.
01.06.03.01	C	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinatorii urmareste educarea acestora in vederea implicarii in luarea si respectarea deciziilor terapeutice.
01.06.03.02	C	Spitalul analizeaza anual eficienta si eficacitatea comunicarii.
01.07	S	Sistemul de management al calitatii serviciilor este operational si asigura desfasurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea si imbunatatirea calitatii.
01.07.01	Cr	Sistemul de management al calitatii vizeaza optimizarea continua a proceselor de la nivelul organizatiei.
01.07.01.02	C	Managementul spitalului asigura organizarea sistemului de management al calitatii serviciilor.
01.07.01.03	C	Structura de management al calitatii serviciilor coordoneaza procesul de asigurare si imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului in colaborare cu sefiile tuturor sectoarelor de activitate.
01.07.01.04	C	Spitalul se preocupa de certificarea de calitate a activitatilor desfasurate.
01.07.02	Cr	Structura de management al calitatii (SMC) impreuna cu conducerea spitalului asigura dezvoltarea culturii calitatii in spital.
01.07.02.01	C	Spitalul are stabilite si urmareste respectarea principiilor si valorilor calitatii, conform misiunii asumate.
01.07.02.02	C	Spitalul se preocupa de implementarea si dezvoltarea culturii calitatii in spital.
01.07.03	Cr	Spitalul elaboreaza si implementeaza un plan de actiuni privind asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor la nivelul intregului spital.
01.07.03.01	C	Planificarea anuala a activitatilor SMC asigura conformarea la cerintele standardelor de acreditare.
01.07.03.02	C	Planul de actiuni pentru implementarea managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor este asumat de catre conducerea unitatii.
01.07.03.03	C	SMC monitorizeaza implementarea planului de actiuni pentru asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor.
01.07.03.04	C	Pe baza recomandarilor SMC spitalul ia masuri de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.
01.07.04	Cr	Spitalul urmareste cresterea nivelului de satisfactie a pacientilor.
01.07.04.01	C	Spitalul elaboreaza si actualizeaza periodic chestionare de satisfactie a pacientilor.
01.07.04.02	C	SMC analizeaza sistematic informatiile rezultate din prelucrarea chestionarelor si emite recomandari.
01.07.04.03	C	Spitalul utilizeaza analiza periodica a reclamatilor primite pentru a imbunatati serviciile medicale furnizate.
01.07.05	Cr	Programul de imbunatatire a calitatii prevede eficientizarea activitatii spitalului.
01.07.05.01	C	Este stabilita o modalitate de evaluare a eficientei proceselor de imbunatatire a calitatii derulate in spital.
01.07.05.02	C	Rezultatele evaluarilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activitatilor.
01.08	S	Managementul riscurilor neclinice previne aparitia prejudiciilor si fundamenteaza procesul decizional.
01.08.01	Cr	Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activitatilor proprii.
01.08.01.01	C	Managerii de la toate nivelurile au organizat identificarea, analiza si tratarea riscurilor.
01.08.01.02	C	Spitalul are un registru al riscurilor si monitorizeaza eficacitatea masurilor de prevenire.
01.08.01.03	C	Managementul spitalului efectueaza analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare si impact si adopta masuri dedicate.
01.08.02	Cr	Managementul riscurilor neclinice asigura protectia pacientilor, angajatilor si vizitatorilor fata de potentiale prejudicii.
01.08.02.01	C	Sunt identificate locurile si conditiile cu potential de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cadere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) si sunt adoptate masuri de prevenire.
01.08.02.02	C	Managementul deseurilor respecta regulile pentru prevenirea contaminarii toxice si infectioase.
01.08.02.03	C	Functionarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurata.
01.08.02.04	C	Capacitatea si numarul lifturilor asigura volumul, tipurile si fluxurile de transport in spital.
01.08.02.05	C	La nivelul spitalului sunt adoptate masuri de protectie, paza si securitate pentru bunuri si persoane.
01.08.02.06	C	Spitalul implementeaza masuri de gestionare a riscurilor la seism.
01.08.02.07	C	Spitalul implementeaza masuri de gestionare a riscului de incendiu.
01.08.02.08	C	Spitalul implementeaza masuri de gestionare a riscului de explozie.
01.08.02.09	C	Spitalul implementeaza masuri de gestionare a riscului de contaminare chimica si biologica.

01.08.02.10	C	Spitalul implementeaza masuri de gestionare a riscului de iradiere.
01.08.02.11	C	Spitalul are prevazute masuri pentru siguranta fizica a angajatilor.
01.08.02.12	C	Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizati prin decizie si instruiti.
01.08.02.13	C	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea masurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecarei activitati.
01.08.02.14	C	La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluari periodice ale modului de respectare a masurilor de prevenire a riscurilor fizice si tehnologice.
01.08.03	Cr	Modul de actiune, responsabilitatile si rezerva de resurse utilizabile in caz de situatii exceptionale sunt organizate si reglementate pentru asigurarea functionalitatii spitalului.
01.08.03.01	C	Echipele de interventie pentru situatii de dezaastre naturale sau catastrofa, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.
01.08.03.02	C	La nivelul spitalului este constituita rezerva de resurse utilizabile in caz de dezastru natural si catastrofa.
01.08.03.03	C	Spitalul are organizata evidenta resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare si razboi.
01.09	S	Mediul de ingrijire asigura conditiile necesare pentru desfasurarea asistentei medicale.
01.09.01	Cr	Organizarea mediului de ingrijire respecta conditiile privind capacitatea si competentele asumate ale spitalului.
01.09.01.01	C	Conditiiile hoteliere raspund particularitatilor fiecarui pacient.
01.09.01.02	C	Ingrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.
01.09.01.03	C	Deplasarea pacientilor in spital se realizeaza in conditii de siguranta si confort, cu respectarea circuitelor.
01.09.01.04	C	Curatenia si dezinfectia spatiilor si a echipamentelor sunt reglementate si monitorizate.
01.09.01.05	C	Institutia asigura si isi asuma calitatea sterilizarii.

01.09.01.06	C	Alimentatia pacientului este stabilita in concordanta cu recomandarile igieno-dietetice corespunzatoare patologiei sale.
01.09.01.07	C	Institutia asigura calitativ si cantitativ hrana pentru pacienti, apartinatori si personal medical, in conditii de siguranta a alimentului.
01.09.01.08	C	Institutia asigura circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igiena.
01.09.01.09	C	Institutia asigura calitativ si cantitativ lenjerie si efecte pentru pacienti, apartinatori si personal medical.
01.09.01.10	C	Institutia asigura circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igiena.
01.09.02	Cr	Mediul de ingrijire este evaluat si adaptat permanent la necesitatile asistentei medicale.
01.09.02.01	C	Institutia evalueaza si imbunatateste constant conditiile hoteliere.
01.09.02.02	C	Institutia evalueaza si imbunatateste constant serviciile de alimentatie.
01.09.02.03	C	Institutia evalueaza si imbunatateste constant serviciul de spalatorie.
01.09.02.04	C	Institutia evalueaza si imbunatateste constant mediului ambiant.
02	R	MANAGEMENTUL CLINIC
02.01	S	Preluarea in ingrijire a pacientilor se face conform nevoilor acestora, misiunii si resurselor disponibile ale spitalului.
02.01.01	Cr	Spitalul si-a stabilit gradul de competenta tehnic si profesional.
02.01.01.01	C	Spitalul evalueaza grupurile populationale de pacienti cu particularitati clinico-biologice pentru a identifica si satisface nevoile, patologiiile specifice.
02.01.01.02	C	Spitalul a identificat patologiiile pentru care dispune de resurse.
02.01.02	Cr	Preluarea in ingrijire a pacientilor este organizata pentru a facilita accesul la serviciile de sanatate conform nevoilor acestora.
02.01.02.01	C	Primirea si consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.
02.01.02.02	C	Sistemul de programare a pacientilor este organizat astfel incat sa nu afecteze interventiile pentru asistenta medicala de urgenta.
02.01.03	Cr	Spitalul are organizat serviciul de urgente medicale.
02.01.03.01	C	Spitalul asigura asistenta medicala de urgenta, in limitele competentelor sale, permanent.
02.01.03.02	C	Personalul medical angajat in unitatea de primiri urgente/compartimentul de primiri urgente (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale si este instruit periodic in special in ce priveste atitudinea in urgentele cu o incidenta mai scazuta.
02.01.03.03	C	Serviciul de urgenta (camera de garda/UPU/CPU) este organizat eficient si eficient.
02.01.04	Cr	Spitalul asigura servicii adaptate si pentru persoanele cu dizabilitati, nevoi speciale sau manifestari agresive.
02.01.04.01	C	Pacientul cu dizabilitati sau nevoi speciale beneficiaza de conditii adecvate de preluare.
02.01.04.02	C	Spitalul este pregatit pentru managementul pacientului cu manifestari agresive.
02.01.05	Cr	Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu sectii de psihiatrie asigura servicii adaptate pacientilor psihiatrici.
02.01.05.01	C	Spitalul de psihiatrie sau cu sectii de psihiatrie reglementeaza internarea nevoluntara a pacientului psihiatric.
02.01.05.02	C	Spitalul de psihiatrie sau cu sectii de psihiatrie reglementeaza internarea pacientilor in vederea efectuarii expertizei medico-legale psihiatrice.
02.01.05.03	C	Spitalul de psihiatrie sau cu sectii de psihiatrie reglementeaza preluarea in ingrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.
02.01.05.04	C	Spitalul de psihiatrie sau cu sectii de psihiatrie are prevazute masuri speciale, de prevenire si limitare a urmarilor unor manifestari comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune in pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.
02.01.05.05	C	Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu sectii de psihiatrie este reglementata si adaptata modalitatii de internare.
02.02	S	Evaluarea initiala urmareste identificarea nevoilor pacientilor in contextul cunoasterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali si biologici) si stabileste necesarul de asistenta si ingrijiri medicale pentru acestia.
02.02.01	Cr	Procesul de evaluare a nevoilor pacientului, in vederea stabilirii modalitatii de rezolvare a cazului, este bine definit la nivelul spitalului.

02.02.01.01	C	In functie de starea initiala se decide daca spitalul poate prelua pacientul si modalitatea de rezolvare a cazului in regim de ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continua.
02.02.01.02	C	Spitalul are organizata o modalitate de orientare a pacientilor care depasesc competentele acestuia si faciliteaza accesul la servicii de care au nevoie.
02.02.01.03	C	Recunoasterea rezultatelor investigatiilor efectuate in alte unitati sanitare, precum si repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.
02.02.02	Cr	Evaluarea initiala a pacientului include factorii psihocomportamentali si socioeconomici pentru asigurarea continuitatii ingrijirilor.
02.02.02.01	C	Spitalul se implica in rezolvarea cazurilor cu particularitati psihoemotionale si socioeconomice care pot afecta procesul de ingrijire.
02.02.02.02	C	Traseul pacientului este stabilit in raport si cu profilul psihocomportamental si socioeconomic al acestuia.
02.02.02.03	C	Managementul durerii acute sau cronice incepe din etapa evaluarii initiale.
02.03	S	Practica medicala abordeaza integrat si specific pacientul, cu asigurarea continuitatii asistentei si a ingrijirilor medicale.
02.03.01	Cr	Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic si tratament.
02.03.01.01	C	Acordarea asistentei medicale se face conform unei planificari stabilite de catre medicul curant.
02.03.01.02	C	Elaborarea protocoalelor de diagnostic si tratament este facuta pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experientei clinice de la nivelul spitalului si in functie de capacitatea tehnico-materiala a spitalului.
02.03.01.03	C	Protocoalele de diagnostic si tratament sunt utilizate individualizat, conform particularitatilor cazului.
02.03.01.04	C	Evaluarea eficientei si eficacitatii protocoalelor se efectueaza periodic.
02.03.01.05	C	Actualizarea protocoalelor se face cand evaluarile periodice ale eficacitatii si eficientei acestora o impun sau se schimba bunele practici in domeniu.
02.03.02	Cr	Abordarea integrata a pacientului este o uzanta a practicii medicale.
02.03.02.01	C	Spitalul asigura o abordare multidisciplinara a practicii medicale, completa si personalizata.
02.03.02.02	C	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate si consemnate in foaia de observatie (FO).
02.03.02.03	C	A doua opinie medicala este analizata si utilizata de catre spital pentru imbunatatirea practicii medicale.
02.03.02.04	C	Spitalul se preocupa de depistarea pacientilor cu boala cronica de rinichi (BCR).
02.03.02.05	C	Comisia multidisciplinara oncologica decide tratamentul pacientului oncologic.
02.03.03	Cr	Spitalul asigura continuitatea actului medical ulterior evaluarii initiale.
02.03.03.01	C	Spitalul asigura conditiile necesare pentru continuitatea actului medical.
02.03.03.02	C	Spitalul asigura conditii pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, in functie de patologie.
02.03.04	Cr	Planul de ingrijire a pacientului este parte integranta din managementul cazului.
02.03.04.01	C	Personalul medical asigura ingrijirea completa si personalizata a pacientului.
02.03.04.02	C	Planul de ingrijire individualizat este intocmit de catre asistentul medical, pe baza recomandarilor medicale.
02.03.04.03	C	Planul de ingrijire este adaptat in functie de evolutia pacientului.
02.03.04.04	C	La externare se intocmeste un plan de ingrijiri care se comunica atat pacientului/apartinatorilor, cat si medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.
02.03.04.05	C	Necesarul de personal medical de ingrijire este stabilit in functie de nevoia de ingrijire a pacientului.
02.03.05	Cr	Datele medicale sunt inregistrate corect, complet, in timp real si evitand redundantele, accesul la acestea fiind reglementat.
02.03.05.01	C	Spitalul stabileste datele necesare a fi culese, consemnate si monitorizate pe intreaga durata a internarii.
02.03.05.02	C	Personalul medical consemneaza informatiile privind ingrijirile acordate, rezultatele investigatiilor si recomandarile terapeutice conform specialitatii.

02.04	S	Spitalul promoveaza conceptul de „prieten al copilului”.
02.04.01	Cr	Spitalul a adoptat o politica de promovare a alimentatiei la san in sectiile de neonatologie.
02.04.01.01	C	Spitalul sustine un program de alaptare ca metoda sanatoasa de alimentatie a nou-nascutului si sugarului.
02.04.01.02	C	Mamele internate sunt informate in privinta beneficiilor alaptarii.
02.04.01.03	C	Personalul medical din sectia/sectiile obstetrica-ginecologie si neonatologie este format continuu pentru dobandirea abilitatilor necesare implementarii programului de promovare a alimentatiei la san.
02.04.01.04	C	Spitalul asigura facilitati pentru promovarea si sustinerea alaptarii.
02.04.02	Cr	Spitalul se preocupa de identificarea si prevenirea cazurilor de imbolnavire la nou-nascut.
02.04.02.01	C	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-nascutului.
02.04.02.02	C	Spitalul identifica malformatiile/deficientele nou-nascutului.
02.04.03	Cr	Spitalul se preocupa de asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului.
02.04.03.01	C	Spitalul asigura conditii adaptate ingrijirii copilului.
02.04.03.02	C	Spitalul asigura servicii de sustinere a asistentei medicale pentru copii.
02.05	S	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.
02.05.01	Cr	Intreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuata in colaborare cu medicii clinicieni.
02.05.01.01	C	Sectiile definesc si estimeaza nevoia de servicii paraclinice in functie de nivelul de competenta a spitalului.
02.05.01.02	C	Specialistii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinara pentru rezolvarea cazurilor complexe.

02.05.02	Cr	Serviciile paraclinice raspund necesitatilor de investigare a pacientilor in ceea ce priveste accesibilitatea, calitatea si intervalul de timp pana la obtinerea rezultatelor.
02.05.02.01	C	Monitorizarea si analiza neconformitatilor sunt utilizate pentru imbunatatirea activitatii paraclinice.
02.05.02.02	C	Intervalele de referinta ale rezultatelor examenilor, valorile de alerta si valorile critice stabilite sunt comunicate odata cu transmiterea rezultatelor.
02.05.02.03	C	Practicile de radiodiagnostic, radiologie interventionala si explorari functionale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate si evaluate periodic.
02.05.03	Cr	Laboratorul se preocupa de satisfacerea in conditii optime a nevoilor de investigare.
02.05.03.01	C	Laboratorul stabileste solutiile de satisfacere a nevoilor de investigatii in conditii de eficienta si eficacitate.
02.05.03.02	C	Spitalul reglementeaza conditiile necesare desfasurarii proceselor de preexaminare si postexaminare de laborator.
02.06	S	Spitalul de nefrologie sau cu sectii de nefrologie asigura continuitatea asistentei medicale pentru pacientii cu boala cronica de rinichi (BCR).
02.06.01	Cr	Spitalul de nefrologie sau cu sectii de nefrologie asigura accesul pacientilor cu BCR la tratamentul de supleere a functiei renale (TSFR) individualizat si la momentul optim.
02.06.01.01	C	Pacientii aflati in evidenta sectiei/compartimentului de nefrologie sunt tratati si monitorizati in vederea reducerii ratei de progresie a BCR.
02.06.01.02	C	Spitalul cu sectii/compartimente de nefrologie se preocupa de pregatirea pacientilor cu BCR pentru tratamentul de supleere renala.
02.06.02	Cr	Eficacitatea si eficienta TSFR (tratamentelor de supleere renala) sunt preocupari constante ale unitatii de dializa.
02.06.02.01	C	Unitatea care initiaza dializa decide asupra modalitatii de TSFR (hemodializa, dializa peritoneala, transplant renal) de comun acord cu pacientii si familiile lor.
02.06.02.02	C	Unitatea care initiaza dializa colaboreaza cu sectiile/compartimentele de nefrologie care recomanda initierea tratamentului si cu centrele ambulatorii de dializa care continua tratamentul prin dializa.
02.06.03	Cr	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi monitorizeaza evolutia (performanta medicala a tratamentului prin dializa) pacientilor dializati.

02.06.03.01	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi inregistreaza si transmite on-line, in timp real, in formatul si cu frecventa solicitate de Registrul renal roman, toti parametrii de monitorizare a performantei medicale a tratamentului prin dializa.
02.06.03.02	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi controleaza anemia pacientilor dializati.
02.06.03.03	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi controleaza metabolismul mineral.
02.06.03.04	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi controleaza acidoza.
02.06.03.05	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi monitorizeaza riscul infectios specific pacientului dializat.
02.06.03.06	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi monitorizeaza starea de nutritie a pacientilor dializati.
02.06.03.07	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi monitorizeaza eficienta dializei (HD/DP).
02.06.03.08	C	Unitatea de dializa in regim de spitalizare de zi se preocupa de cresterea calitatii vietii pacientilor.
02.06.03.09	C	Unitatea de dializa are o politica de crestere a autonomiei pacientilor.
02.07	S	Radioterapia si/sau medicina nucleara asigura nevoile de tratament specifice.
02.07.01	Cr	Practica de radioterapie/medicina nucleara este adaptata nevoilor specifice ale pacientului.
02.07.01.01	C	Dotarea serviciului de radioterapie/medicina nucleara asigura nevoile de tratament specifice pacientului.
02.07.01.02	C	Radioterapia/Medicina nucleara respecta regulile de buna practica specifice.
02.07.02	Cr	Practica de radioterapie/medicina nucleara este monitorizata si evaluata periodic.
02.07.02.01	C	Radioterapia/Medicina nucleara utilizata in tratamentul pacientului oncologic este monitorizata.
02.07.02.02	C	Practica de radioterapie/medicina nucleara este evaluata si imbunatatita constant.
02.08	S	Ingrijirile paliative si terminale se adreseaza pacientilor cu boli cronice progresive si familiilor si urmaresc imbunatatirea calitatii vietii acestora prin ameliorarea suferintei.
02.08.01	Cr	Managementul pacientilor cu boli cronice progresive si nevoi de ingrijiri paliative se face individualizat si nediscriminatoriu.
02.08.01.01	C	Nevoile de ingrijiri paliative la pacientii cu boala cronica progresiva sunt identificate prompt si se iau masuri adecvate.
02.08.01.02	C	Internarea pacientilor cu boala cronica progresiva si nevoi de ingrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.
02.08.01.03	C	Personalul implicat in ingrijirea pacientilor cu boli cronice progresive are pregatire recunoscuta in ingrijiri paliative.
02.08.01.04	C	Durerea si celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.
02.08.01.05	C	Pacientii cu boli cronice progresive „cazuri complexe“ primesc ingrijire paliativa specializata.
02.08.02	Cr	Ingrijirile paliative sunt oferite intr-un mediu adecvat, cat mai apropiat de mediul familial, adaptat pacientilor cu grad de dependenta crescut.
02.08.02.01	C	Infrastructura de ingrijire paliativa este adaptata nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de ingrijiri paliative, cu grad ridicat de dependenta, respectand intimitatea acestuia.
02.08.02.02	C	Infrastructura permite desfasurarea serviciilor conexe de ingrijire paliativa.
02.08.03	Cr	Serviciile de ingrijiri paliative asigura imbunatatirea calitatii vietii pentru pacient si familie/apartinatori.
02.08.03.01	C	La primirea pacientului in unitatea cu paturi de ingrijiri paliative se efectueaza o evaluare comprehensiva a pacientului/familiei/apartinatorilor.
02.08.03.02	C	Obiectivele ingrijirii paliative, intelegerea diagnosticului si prognosticului sunt evaluate impreuna cu pacientul/familia/apartinatorii

		si documentate.
02.08.03.03	C	Semnele si simptomele starii terminale se evalueaza folosind scale standardizate si se documenteaza.
02.08.03.04	C	Planul de management al pacientului cu nevoie de ingrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinara, pe baza protocoloalelor specifice, si actualizat in functie de evolutia patologiei sau nevoilor in schimbare ale pacientului/familiei/apartinatorilor.
02.08.03.05	C	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/apartinatorii este permanenta si parte definitorie a ingrijirii paliative.
02.08.03.06	C	La externare, continuitatea ingrijirilor pacientilor cu nevoi de ingrijiri paliative se face luand in considerare optiunile pacientului.

02.08.04	Cr	Asistenta medicala paliativa este acordata de o echipa pluridisciplinara.
02.08.04.01	C	Structura minima a echipei pluridisciplinare de ingrijiri paliative este compusa din: medic cu competenta in paleatie, farmacist clinician, asistenti medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, indrumator spiritual.
02.08.04.02	C	Echipa pluridisciplinara de ingrijiri paliative include, in functie de necesitatile pacientilor, si alti specialisti, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupational, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.
02.08.04.03	C	Membrii echipei pluridisciplinare de ingrijiri paliative din serviciile de ingrijire paliativa participa la programe de instruire continua.
02.08.04.04	C	Institutia are un program coerent de monitorizare si mentinere a sanatatii muncii personalului implicat in ingrijiri paliative.
02.08.05	Cr	Managementul starii terminale respecta demnitatea si confortul pacientului, asigurand suport familiei.
02.08.05.01	C	Starea terminala este identificata si comunicata familiei/apartinatorilor.
02.08.05.02	C	Personalul medical respecta protocolul de stare terminala.
02.09	S	Managementul farmaceutic si al medicatiei asigura continuitatea tratamentului si siguranta pacientului.
02.09.01	Cr	La nivelul spitalei sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor si monitorizare a prescrierilor.
02.09.01.01	C	Conditii de prescriere a medicatiei in spital sunt stabilite si cunoscute la nivel de sectie si farmacie.
02.09.01.02	C	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ in activitatea de prescriere si monitorizare a medicatiei.
02.09.01.03	C	Farmacia asigura medicamentele necesare sustinerii continuitatii actului medical.
02.09.02	Cr	Infrastructura si organizarea activitatii farmaceutice sustin trasabilitatea medicamentelor uzuale.
02.09.02.01	C	Activitatile si responsabilitatile specifice specialitatii farmaceutice sunt consemnate corespunzator legislatiei in vigoare.
02.09.02.02	C	Organizarea activitatii farmaceutice se face pe baza unor proceduri si instructiuni de lucru specifice.
02.09.02.03	C	Organizarea si dotarea spatiului de lucru al farmaciei sunt conforme cu legislatia specifica in vigoare, in concordanta cu trasabilitatea medicamentului.
02.09.02.04	C	Circuitul informational al produselor farmaceutice este respectat.
02.09.02.05	C	Medicatia din studiile clinice este pastrata si gestionata in conditii optime de farmacia spitalei/farmacistul-sef, utilizarea ei fiind monitorizata de farmacolog/farmacistul clinician.
02.10	S	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.
02.10.01	Cr	Spitalul are organizata activitatea de prescriere si monitorizare a antibioterapiei.
02.10.01.01	C	Spitalul a stabilit structurile functionale cu atributii in implementarea si monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.
02.10.01.02	C	Structurile implicate in implementarea si monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitatile de lucru.
02.10.02	Cr	Prescrierea de antibiotice este fundamentata medical si asigura trasabilitatea utilizarii acestora.
02.10.02.01	C	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute si rezultatului antibiogrammei, dupa caz.
02.10.02.02	C	Durata prescrierii se stabileste in functie de evolutie si este documentata.
02.10.02.03	C	Inregistrarea prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizarii acestuia.
02.10.03	Cr	Farmacia spitalei este implicata direct in respectarea bunelor practici de antibioticoterapie.
02.10.03.01	C	Farmacia asigura necesarul de antibiotice, luand in considerare evolutia antibioticorezistentei, si monitorizeaza consumul de antibiotice si traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.
02.10.03.02	C	Farmacia verifica respectarea bunelor practici in prescrierea si utilizarea antibioticelor.
02.10.03.03	C	Farmacia informeaza periodic prescriptorii si conducerea spitalei cu privire la antibioticele disponibile, precum si consumul de antibiotice realizat pe sectii/compartimente cu paturi si pe medici.

02.10.04	Cr	Activitatea laboratorului de microbiologie sustine respectarea bunelor practici in utilizarea antibioticelor.
02.10.04.01	C	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate al investigatiilor pentru detectarea antibioticorezistentei.
02.10.04.02	C	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaboreaza cu Serviciul/Compartimentul de prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale (SPLIAM/CPLIAM), farmacia, clinicienii si managementul spitalei cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistentei.
02.10.05	Cr	Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici.
02.10.05.01	C	Serviciile clinice au implementat reglementari de antibioticoterapie si antibioticoprofilaxie, specifice specialitatii si sectiei, pentru principalele situatii clinice.
02.10.05.02	C	Monitorizarea consumului de antibiotice si trasabilitatea prescrierii si utilizarii antibioticelor sunt asigurate.
02.11	S	Managementul infectiilor asociate asistentei medicale respecta bunele practici in domeniu.
02.11.01	Cr	Managementul spitalei are organizata activitatea de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale.
02.11.01.01	C	Managementul spitalei adopta masuri pentru constituirea structurilor implicate in prevenirea infectiilor asociate asistentei medicale.

02.11.01.02	C	Managementul spitalului asigura conditiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale.
02.11.01.03	C	Activitatea de supraveghere, preventie si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale si a bolilor transmisibile este organizata si coordonata pana la nivelul fiecarei structuri.
02.11.02	Cr	Supravegherea mediului de ingrijire reduce gradul de risc infectios.
02.11.02.01	C	Zonele cu risc infectios sunt identificate si supravegheate pentru a preveni si limita infectiile asociate asistentei medicale (IAAM).
02.11.02.02	C	SPLIAAM/CPLIAAM monitorizeaza calitatea aerului si adopta masuri pentru a limita aparitia infectiilor aerogene.
02.11.02.03	C	Impactul lucrarilor de demolare, constructie, renovare, intretinere instalatii etc. efectuate in spital asupra calitatii aerului si activitatii de prevenire si control al infectiilor nosocomiale este gestionat.
02.11.02.04	C	Calitatea sterilizarii este verificata si supravegheata.
02.11.02.05	C	SPLIAAM/CPLIAAM monitorizeaza circuitul lenjeriei.
02.11.03	Cr	Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranta alimentului are in vedere controlul riscului infectios.
02.11.03.01	C	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlata (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberonerie).
02.11.03.02	C	Respectarea regulilor de siguranta a alimentului pentru prevenirea infectiilor este evaluata.
02.11.04	Cr	Managementul clinic al structurilor medicale previne si limiteaza riscul infectios.
02.11.04.01	C	Structurile medicale (sectii/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifica, evalueaza si trateaza riscul infectios al activitatilor de asistenta medicala.
02.11.04.02	C	Medicii curanti identifica pacientii cu risc infectios si adopta masuri pentru limitarea acestuia.
02.11.04.03	C	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare si echipamentelor de multipla folosinta este asigurata si supravegheata pentru prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale.
02.11.04.04	C	SPLIAAM/CPLIAAM supravegheaza respectarea regulilor de igiena a mainilor.
02.11.04.05	C	Spitalul respecta metodologiile nationale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potential nosocomial.
02.11.04.06	C	Spitalul gestioneaza riscul infectios al personalului.
02.11.04.07	C	Spitalul de specialitate sau cu sectie de obstetrica adopta masuri de prevenire a riscului infectios prenatal.
02.12	S	Spitalul dezvolta si implementeaza o politica de asigurare si imbunatatire a sigurantei pacientului.
02.12.01	Cr	Spitalul are o politica proactiva de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.01	C	La nivelul fiecarui sector de activitate medicala sunt documentate, identificate si evaluate periodic riscurile clinice, parte integranta a registrului riscurilor.
02.12.01.02	C	Spitalul dezvolta si implementeaza un sistem de gestionare a evenimentelor santinela.

02.12.01.03	C	Spitalul a elaborat si aplica o procedura de gestionare a evenimentelor adverse si a celor cu potential de afectare a pacientului („near miss“).
02.12.01.04	C	Spitalul are un sistem functional de identificare a pacientului bazat pe cel putin doua elemente de identificare.
02.12.02	Cr	Spitalul urmareste identificarea si prevenirea riscurilor si a erorilor legate de medicatie.
02.12.02.01	C	Inregistrarea si comunicarea informatiilor legate de medicatia pacientului contribuie la evitarea asociierilor incompatibile sau nerecomandate.
02.12.02.02	C	Depozitarea si manipularea medicamentelor cu risc inalt sau a medicamentelor a/al caror denumire/ambalaj este asemanator sunt reglementate in spital.
02.12.02.03	C	Reglementarile specifice privind depozitarea si eliberarea medicamentelor psihotrope si stupefiante sunt respectate.
02.12.02.04	C	Reglementarile specifice privind depozitarea si eliberarea citostaticele sunt respectate.
02.12.02.05	C	Reglementarile specifice privind depozitarea si eliberarea solutiilor concentrate de electroliti sunt respectate.
02.12.03	Cr	Transferul informatiei si al responsabilitatilor privind pacientul asigura continuitatea ingrijirilor si siguranta acestuia.
02.12.03.01	C	Predarea-preluarea cazului se face aplicand o modalitate de transfer al informatiilor si responsabilitatilor legate de pacient, stabilita la nivel de spital.
02.12.03.02	C	Modul de transfer al informatiilor si responsabilitatilor la predarea-preluarea cazului se monitorizeaza si se evalueaza.
02.12.04	Cr	Spitalul urmareste cresterea sigurantei actului chirurgical si anestezic.
02.12.04.01	C	In practica chirurgicala si anestezica sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemneaza elemente de identificare pentru fiecare caz in parte.
02.12.04.02	C	In practica medicala sunt aplicate si respectate protocoalele chirurgicale si anestezice.
02.12.04.03	C	Incidentele aparute in practica chirurgicala si anestezica sunt recunoscute si se iau masuri imediate.
02.12.05	Cr	La nivelul spitalului sunt asigurate conditii pentru radioprotectia pacientilor si a personalului.
02.12.05.01	C	Principiile generale privind radioprotectia in radiodiagnostic, radiologie interventionala, radioterapie si medicina nucleara sunt aplicate corect si constant.
02.12.05.02	C	Principiile de radioprotectie privind procedurile de radiodiagnostic urmaresc calitatea imaginii, minimul de expunere si delimitarea precisa a zonei.
02.12.05.03	C	Principiile de radioprotectie privind procedurile de radioterapie/medicina nucleara urmaresc stabilirea, adaptarea si actualizarea planului de tratament individualizat.
02.12.05.04	C	Principiile de radioprotectie privind radiologia interventionala urmaresc utilizarea protocoalelor specifice in vederea optimizarii timpului de interventie.
02.12.05.05	C	Persoanele care ajuta voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare si li se asigura protectia

		necesara.
02.12.06	Cr	Spitalul urmareste identificarea si diminuarea riscurilor asociate procesului investigational.
02.12.06.01	C	Laboratorul clinic identifica si evalueaza riscurile microbiologice.
02.12.06.02	C	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate si se stabilesc reguli de buna practica.
02.12.07	Cr	Spitalul urmareste identificarea si diminuarea cauzelor generatoare de vatamari corporale prin cadere/lovire.
02.12.07.01	C	Spitalul identifica pacientii cu risc de cadere si ia masuri pentru prevenirea si diminuarea consecintelor.
02.12.07.02	C	Informarea si educarea pacientului/apartinatorilor si personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cadere.
02.12.07.03	Cr	Spitalul asigura resursele necesare desfasurarii activitatii de prelevare si/sau transplant, in conditii de eficacitate si siguranta a pacientului.
02.12.07.04	C	Spitalul asigura conditiile necesare pentru desfasurarea activitatilor de prelevare de organe/tesuturi/celule.
02.12.07.05	C	Spitalul asigura conditiile necesare pentru desfasurarea activitatilor de transplant de organe/tesuturi/celule.
02.12.07.06	C	La nivelul spitalului este organizata monitorizarea activitatii de prelevare si/sau transplant, in conformitate cu cerintele Agentiei Nationale de Transplant.

02.13	S	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale si de hemovigilenta.
02.13.01	Cr	Spitalul are organizate activitatea de prescriere si monitorizare a terapiei transfuzionale si hemovigilenta.
02.13.01.02	C	Spitalul indeplineste conditiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale in conditii de siguranta.
02.13.01.03	C	Structurile functionale ale spitalului cu atributii in implementarea si monitorizarea utilizarii corecte a terapiei transfuzionale respecta modalitatile de lucru stabilite specific.
02.13.02	Cr	Prescrierea de sange si derivate este fundamentata medical si asigura trasabilitatea utilizarii acestora.
02.13.02.01	C	Prescrierea sangelui si derivatelor se face conform Ghidului national de utilizare terapeutica rationala a sangelui si a componentelor sanguine umane.
02.13.02.02	C	Inregistrările aferente activitatii de transfuzie sanguina permit trasabilitatea procesului.
02.13.02.03	C	Spitalul asigura necesarul de sange total si componente sanguine, luand in considerare dinamica morbiditatii spitalizate, si monitorizeaza consumul si traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.
02.14	S	Auditul clinic evalueaza eficacitatea si eficienta asistentei medicale.
02.14.01	Cr	Activitatea de audit clinic este organizata.
02.14.01.01	C	Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.
02.14.01.02	C	Echipa de audit clinic este parte functionala a structurii de management al calitatii.
02.14.01.03	C	In situatiile in care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.
02.14.02	Cr	Imbunatatirea activitatii medicale se face utilizand rezultatele auditarii clinice.
02.14.02.01	C	Recomandarile rezultate in urma auditului clinic sunt utilizate pentru imbunatatirea protocoalelor de diagnostic si tratament.
02.14.02.02	C	Spitalul urmareste imbunatatirea activitatii medicale, utilizand protocoale de diagnostic si terapeutice.
02.15	S	Externarea si transferul pacientului se organizeaza specific, in functie de starea acestuia.
02.15.01	Cr	Externarea este planificata, coordonata si documentata.
02.15.01.01	C	Estimarea momentului externarii se face la internarea pacientului si se actualizeaza in functie de evolutia clinica.
02.15.01.02	C	Spitalul indeplineste procedurile necesare externarii si asigurarii continuitatii ingrijirilor.
02.15.02	Cr	Spitalul are proceduri legate de stari critice sau deces.
02.15.02.01	C	Apartinatorii sunt alertati in caz de degradare a starii pacientului, inclusiv de iminenta/survenirea decesului.
02.15.02.02	C	Demnitatea pacientului aflat in stare critica/faza terminala si convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate in considerare.
02.15.02.03	C	Spitalul are reglementate activitatile necesare a fi desfasurate in situatiile de deces al pacientului.
03	R	ETICA MEDICALA SI DREPTURILE PACIENTULUI
03.01	S	Spitalul promoveaza respectul pentru autonomia pacientului.
03.01.01	Cr	Spitalul asigura conformitatea practicii medicale cu normele etice si legale care se aplica consimtamantului informat (CI).
03.01.01.01	C	Spitalul reglementeaza obtinerea consimtamantului informat.
03.01.01.02	C	Identificarea vulnerabilitatilor in procesul obtinerii consimtamantului informat al pacientilor este o preocupare a spitalului.

03.01.01.03	C	Sunt aplicate masuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilitatilor identificate, referitoare la obtinerea consimtamantului informat.
03.01.02	Cr	Spitalul prevede masuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice si legale care se aplica confidentialitatii datelor medicale ale pacientului.
03.01.02.01	C	Spitalul utilizeaza proceduri unitare privind asigurarea confidentialitatii si verifica respectarea acestora de catre personalul medical.
03.01.02.03	C	Spitalul aplica masuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilitatilor identificate cu privire la respectarea confidentialitatii datelor medicale.
03.02	S	Spitalul respecta principiul echitatii si justitiei sociale si drepturile pacientilor.
03.02.01	Cr	Spitalul are politici de prevenire a discriminarii in acordarea serviciilor medicale.
03.02.01.01	C	Spitalul reglementeaza prevenirea discriminarii.
03.02.01.02	C	Consiliul etic este constituit, este functional si are reglementata activitatea la nivelul spitalului.

03.02.02	Cr	Spitalul asigura accesul la informatiile medicale personale.
03.02.02.01	C	Spitalul reglementeaza modalitatea prin care se pun la dispozitia pacientului/apartinatorilor/imputernicitilor documentele medicale solicitate.
03.02.02.02	C	Spitalul reglementeaza modalitatea prin care se pun la dispozitia autoritatilor autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.
03.02.03	Cr	Spitalul asigura conditii pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicala.
03.02.03.01	C	Spitalul reglementeaza conditiile in care pacientii pot beneficia de a doua opinie medicala de la medici care nu sunt angajati ai spitalului.
03.02.03.02	C	Spitalul reglementeaza conditiile in care pacientii pot beneficia de a doua opinie medicala de la medici care sunt angajati ai spitalului.
03.02.04	Cr	Spitalul este preocupat de protectia pacientilor in relatia cu mediul extern.
03.02.04.01	C	Spitalul reglementeaza modalitatea de acces al mass-mediei in institutie si la pacienti.
03.02.04.02	C	Spitalul protejeaza pacientul de intruziunile externe.
03.02.05	Cr	Spitalul reglementeaza inregistrarea audio/foto/video a pacientilor in scop medical/didactic/de cercetare si pentru evitarea acuzatiilor de malpraxis.
03.02.05.01	C	Spitalul asigura conditiile si procedurile pentru inregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.
03.02.05.02	C	Spitalul asigura conditiile si procedurile de inregistrare audio/foto/video a pacientului, in scop medical, didactic si de cercetare.
03.03	S	Spitalul promoveaza principiile binefacerii si nonvatamarii.
03.03.01	Cr	Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competenta detinuta in cadrul specialitatii.
03.03.01.01	C	Spitalul asigura pentru fiecare sectie personalul medical cu competenta specifica.
03.03.01.02	C	Spitalul asigura instruirea personalului medical pentru prevenirea depasirii competentelor detinute.
03.03.02	Cr	Depasirea limitelor competentei este permisa in interesul pacientului.
03.03.02.01	C	Spitalul reglementeaza conditiile in care depasirea competentelor medicale este permisa in interesul pacientului.
03.03.02.02	C	Spitalul asigura instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului in situatiile care impun depasirea competentelor.

ANEXA Nr. 2

Procedura si metodologia de evaluare si acreditare a spitalelor

Capitolul I Dispozitii generale

Art. 1. - In intelesul ordinului din care face parte integranta prezenta anexa, termenii si notiunile folosite au urmatoarele semnificatii:

a) referinta (R) - grupare de standarde, criterii si cerinte, avand acelasi domeniu de aplicare;

b) standard (S) - reprezinta nivelul de performanta realizabil si masurabil, agreeat de profesionisti si observabil de catre populatia careia i se adreseaza. Este constituit dintr-un set de criterii si cerinte care definesc asteptarile privind performanta, structura si procesele dintr-un spital;

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

d) cerinta (C) - actiune care trebuie intreprinsa pentru realizarea obiectivului specific.

Art. 2. - Standardele, procedura si metodologia de evaluare si acreditare a spitalelor respecta urmatoarele principii:

a) asigurarea si imbunatatirea continua a calitatii serviciilor de sanatate si a sigurantei pacientului;

b) asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sanatate, conform nevoilor acestuia, in limita misiunii si a resurselor spitalului;

c) respectarea demnitatii umane, a principiilor eticii si deontologiei medicale si a grijii fata de sanatatea pacientului;

d) orientarea managementului organizational catre sustinerea activitatii clinice centrate pe pacient;

- e) abordarea integrata, inter- si multidisciplinara a pacientului in managementul de caz;
- f) promovarea eficacitatii si eficientei prin dezvoltarea conceptului de evaluare a practicii profesionale prin audit clinic si prin optimizarea procesului decizional;
- g) promovarea prin standarde a dezvoltarii culturii organizationale;
- h) protejarea mediului;
- i) transparenta si deschiderea, prin informarea continua si eficienta asupra procesului de acreditare, comunicarea directa cu beneficiarii acreditarii in toate etapele procesului de evaluare, inclusiv in elaborarea formei finale a raportului de acreditare;
- j) independenta, obiectivitatea, confidentialitatea si impartialitatea procesului de evaluare si acreditare;
- k) integritatea si profesionalismul evaluatorilor.

Capitolul II

Procedura de evaluare si acreditare

Art. 3. - Procedura de evaluare si acreditare cuprinde urmatoarele etape principale:

- a) etapa de pregatire a evaluarii;
- b) etapa de evaluare;
- c) etapa de acreditare.

Art. 4. - Etapa de pregatire a evaluarii, coordonata de catre structurile de specialitate ale Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate, denumita in continuare A.N.M.C.S., cuprinde urmatoarele activitati principale:

a) inscrierea spitalului in procedura de acreditare la A.N.M.C.S., prin completarea si transmiterea formularului-tip elaborat de catre structurile de specialitate din cadrul A.N.M.C.S. Spitalele acreditate depun cererea de inscriere cu un an, dar nu mai putin de 9 luni, inaintea expirarii valabilitatii certificatului de acreditare, iar cele care depun pentru prima data cererea de inscriere in procedura de acreditare in termen de un an de la publicarea ordinului din care face parte integranta prezenta anexa se evalueaza in conformitate cu prevederile acestui ordin;

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

c) comunicarea de catre A.N.M.C.S. a raspunsului la cerere, a perioadei estimate pentru desfasurarea vizitei de evaluare si a valorii taxei de acreditare estimate in baza declaratiilor din fisa de identificare a spitalului. Calculul duratei vizitei de evaluare, care sta la baza estimarii valorii taxei de acreditare, se face conform fisei de calcul al duratei vizitei, denumita in continuare FCD, al carei model este aprobat prin ordin al presedintelui A.N.M.C.S.;

d) in situatia modificarilor de structura survenite ulterior depunerii cererii de acreditare, FCD se actualizeaza si determina recalcularea taxei in conformitate cu noua structura;

e) modalitatea si formula de calcul al taxei de acreditare sunt stabilite conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate nr. 1.350/668/2016 privind aprobarea modalitatii de calcul al taxei de acreditare, valabila pentru ciclul de acreditare corespunzator perioadei 2017-2021;

f) comunicarea de catre A.N.M.C.S., cu minimum 9 luni inainte de perioada planificata pentru desfasurarea vizitei de evaluare, a initierii etapei de pregatire a evaluarii, precum si a termenului pana la care spitalul trebuie sa puna la dispozitia A.N.M.C.S. documentele obligatorii solicitate, denumite in continuare DOS, si documentele suplimentare necesare desfasurarii procesului de evaluare si acreditare, denumite in continuare DS;

g) DOS reprezinta documente care atesta legalitatea functionarii spitalului, reglementari interne privind desfasurarea activitatilor cu impact major asupra sigurantei pacientilor si angajatilor, structura spitalului si dovada achitarii

taxei de acreditare. Modalitatea de achitare a taxei de acreditare este stabilita prin ordin al presedintelui A.N.M.C.S.;

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

i) daca in urma analizei, efectuata conform prevederilor lit. h), se constata indeplinirea solicitarilor obligatorii, vizita de evaluare se desfasoara in perioada anuntata initial, fiind constituita si aprobata de catre A.N.M.C.S. comisia de evaluare in vederea acreditarii in functie de specificul spitalului. Comisia de evaluare se constituie in conformitate cu prevederile Ordinului presedintelui Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate nr. 136/2015*) pentru aprobarea Procedurii operationale privind repartizarea aleatorie, in componenta Comisiilor de evaluare a spitalelor, a evaluatorilor inclusi in Registrul evaluatorilor de servicii de sanatate specializati pentru evaluarea spitalelor al A.N.M.C.S., precum si desemnarea presedintilor acestor comisii. Informatiile cu privire la componenta comisiei de evaluare si la perioada desfasurarii vizitei sunt publicate de catre A.N.M.C.S. pe website-ul institutiei;

j) dupa constituirea comisiei de evaluare au loc incheierea contractelor intre A.N.M.C.S. si membrii echipei de evaluare si instruirea acestora de catre personalul A.N.M.C.S.;

k) daca in urma analizei, efectuata conform prevederilor lit. h), se constata ca spitalul nu indeplineste conditiile minime obligatorii pentru inceperea vizitei de evaluare, A.N.M.C.S. transmite spitalului solicitarea de completare a documentatiei, in termen de 30 de zile calendaristice de la primirea solicitarii;

l) daca la expirarea termenului de 30 de zile documentatia este completa, se aplica prevederile de la lit. h) si i);

m) daca la expirarea termenului de 30 de zile documentatia nu este completa, vizita de evaluare este amanata de catre A.N.M.C.S., spitalul fiind raspunzator de consecintele neacreditarii. Replanificarea vizitei se face in functie de resursele A.N.M.C.S.

*) Ordinul presedintelui Autoritatii Nationale de Management al Calitatii in Sanatate nr. 136/2015 nu a fost publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Art. 5. - (1) Etapa de evaluare, coordonata de catre comisia de evaluare, cuprinde previzita, vizita propriu-zisa si postvizita.

(2) Previzita include urmatoarele activitati principale:

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

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

c) elaborarea programului vizitei de evaluare si comunicarea acestuia spitalului;

(3) Vizita propriu-zisa la spital include urmatoarele activitati principale:

a) sedinta de deschidere, cu participarea reprezentantilor spitalului, in scopul stabilirii detaliate a modului de desfasurare a vizitei in spital;

b) sedinta de informare de la inceputul fiecarei zile, cu participarea reprezentantilor spitalului;

c) indeplinirea obiectivelor specifice care i-au revenit fiecarui evaluator din cadrul comisiei de evaluare, prin utilizarea tehnicilor si aplicarea instrumentelor de colectare a datelor si prin aprecierea proceselor care au loc in cadrul spitalului;

d) sedinta de informare finala, cu participarea reprezentantilor spitalului, in scopul prezentarii concluziilor preliminare ale vizitei de evaluare;

e) pregatirea proiectului raportului de evaluare incepe in timpul vizitei de evaluare, fiecarui evaluator revenindu-i obligatia de a nota in proiectul raportului propriile concluzii intermediare si de a arhiva documentele elaborate sau primite in timpul etapei de evaluare, pe care le predă catre A.N.M.C.S. impreuna cu raportul de evaluare;

f) completarea fisei de situatii deosebite, pentru situatii care impiedica desfasurarea procesului de evaluare, prin care comisia de evaluare solicita A.N.M.C.S. intreruperea vizitei de evaluare. Presedintele A.N.M.C.S. poate decide

intreruperea vizitei de evaluare. In acest caz se considera intreaga activitate a spitalului neconforma. Procesul de acreditare poate fi reluat, la cererea spitalului, cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S., conform prevederilor art. 4 din prezenta procedura;

g) completarea fisei de situatii deosebite, in cazul identificarii unor deficiente care pun in pericol siguranta pacientului sau a angajatilor spitalului, prin care comisia de evaluare comunica aceste constatari catre A.N.M.C.S. Presedintele A.N.M.C.S. poate decide intreruperea vizitei de evaluare. In acest caz, procesul de acreditare poate fi reluat cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S., conform prevederilor art. 4 din prezenta procedura.

(4) Postvizita include urmatoarele activitati principale:

a) redactarea de catre membrii comisiei de evaluare si transmiterea catre spitalul evaluat a proiectului de raport de evaluare, in maximum 5 zile lucratoare de la finalizarea vizitei propriu-zise la spital;

b) formularea de catre spital, in scris, in maximum 5 zile lucratoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiectiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse in acesta, daca este cazul;

c) analizarea de catre personalul A.N.M.C.S., in maximum 5 zile lucratoare de la primire, a obiectiunilor formulate de catre spital si inaintarea concluziilor catre membrii comisiei de evaluare;

d) elaborarea de catre membrii comisiei de evaluare, in maximum 5 zile lucratoare de la primirea concluziilor, a raportului de evaluare si comunicarea acestuia catre spital. Asupra raportului de evaluare spitalul nu mai poate formula obiectiuni.

Art. 6. - Etapa de acreditare cuprinde urmatoarele activitati principale:

a) elaborarea raportului de acreditare de catre Unitatea de evaluare si acreditare a spitalelor pe baza documentelor utilizate in procesul de evaluare;

b) emiterea ordinului presedintelui A.N.M.C.S. privind acreditarea sau, dupa caz, neacreditarea spitalului si comunicarea acestuia catre spital.

Art. 7. - Certificatul de acreditare se elibereaza spitalelor care au obtinut acreditarea, in termen de maximum 90 de zile de la comunicarea catre spital a ordinului presedintelui A.N.M.C.S. privind acreditarea.

Capitolul III

Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

Art. 8. - (1) Evaluarea interna (autoevaluarea) de catre spital consta in analiza serviciilor oferite, a indicatorilor de performanta si monitorizare si comunicarea catre A.N.M.C.S. a concluziilor acesteia, precum si a altor informatii specifice cerute de catre A.N.M.C.S. pe tot parcursul procesului de evaluare.

(2) Evaluarea externa consta in parcurgerea tuturor etapelor prevazute la art. 3 din prezenta procedura.

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

a) analiza documentelor furnizate de catre spital;

b) observarea directa - constatarea la fata locului a respectarii unor cerinte predefinite sau a modului de derulare a unei activitati, fara ca aceasta sa fie perturbata de catre evaluatori;

c) focus-grupul - tehnica de cercetare a calitatii, prin care membrii unui grup de persoane format din reprezentanti ai spitalului si membrii comisiei de evaluare, intr-un timp limitat, isi exprima opiniile referitoare la subiectele in discutie;

d) interviul - urmareste colectarea de date prin discutia directa cu interlocutorul, in timpul vizitei propriu-zise;

e) simularea unor procese pentru identificarea riscurilor clinice.

(2) Validarea datelor colectate consta in verificarea acestora de catre comisia de evaluare, prin examinare, recalculare, comparatie si punere de acord pentru confirmarea realitatii datelor colectate.

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

a) fisa de identificare a spitalului - document tipizat, elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicita spitalului informatii despre datele de identificare si structura organizatorica si functionala;

b) lista documentelor obligatorii solicitate - document tipizat, elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicita spitalului transmiterea documentelor a caror existenta si conformitate reprezinta o conditie obligatorie pentru inceperea etapei de evaluare;

c) lista documentelor suplimentare necesare desfasurarii procesului de evaluare si acreditare - document tipizat, elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicita spitalului transmiterea documentelor a caror existenta este necesara pentru initierea vizitei de evaluare;

d) fisa de autoevaluare - document tipizat, elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicita spitalului informatii despre nivelul de indeplinire a cerintelor standardelor de acreditare in etape succesive ale procesului de evaluare si acreditare;

e) plan de conformare in vederea evaluarii - document trimis de catre A.N.M.C.S. spitalului aflat in procedura de acreditare, prin care se comunica acestuia neconformitatile constatate, care nu permit inceperea vizitei de evaluare;

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

g) minuta de sedinta - document care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori si reprezentantii spitalului evaluat;

h) lista de verificare - formular tipizat elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., utilizat in vederea colectarii datelor;

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

j) chestionarul - instrument elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., aplicat la nivel individual numai dupa obtinerea consimtamantului si dupa ce s-au dat toate asigurarile in privinta garantarii confidentialitatii si anonimatului;

k) fisa de identificare si evidentiere a disfunctionalitatilor - formular tipizat elaborat de catre structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. si completat de catre evaluatori, in care se consemneaza, in timpul vizitei de evaluare, stari de fapt care perturba desfasurarea acesteia;

l) fisa de constatare a situatiilor deosebite - act unilateral intocmit de catre comisia de evaluare, care mentioneaza stari de fapt care impiedica desfasurarea vizitei de evaluare sau care pun in pericol siguranta pacientului sau a angajatilor spitalului, transmis presedintelui A.N.M.C.S., si care poate atrage intreruperea vizitei de evaluare;

m) proiectul raportului de evaluare - comunicarea scrisa, adresata de catre comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare in vederea acreditarii, transmisa spitalului in vederea formularii eventualelor obiectiuni;

n) raportul de evaluare - comunicarea scrisa, adresata de catre comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare in vederea acreditarii, transmisa spitalului dupa analiza si solutionarea eventualelor obiectiuni;

o) raportul de acreditare - document elaborat de catre structurile de specialitate din cadrul A.N.M.C.S., care sta la baza emiterii ordinului presedintelui A.N.M.C.S. de acreditare sau, dupa caz, de neacreditare a spitalului.

Art. 11. - (1) A.N.M.C.S. publica pe pagina sa de internet referintele, standardele, criteriile, cerintele si instrumentele de verificare.

(2) Documentele utilizate in procesul de evaluare si acreditare, termenele si modalitatea de transmitere a acestora, precum si conditiile de amanare, anulare sau intrerupere a vizitei de evaluare sunt stabilite prin ordin al presedintelui A.N.M.C.S.