

Încearcă nouă aplicație mobilă. Apasă aici pentru detalii.

v1.31.1

298/2020

Avansata

Ordin pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului

MONITORUL OFICIAL nr. 805/2020 din 02 Septembrie 2020

ORDIN ADMINISTRATIE PUBLICA nr. 298/2020

emitenti:**GUVERN**

tematici:**SANATATE**

stare:**Vigoare**



Export Word Export PDF

M.Of.Nr.805 din 2 septembrie 2020

AUTORITATEA NATIONALA DE MANAGEMENT AL CALITATII ÎN SANATATE

ORDIN Nr.298 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului

Având în vedere:

- Referatul Unitatii de standarde pentru serviciile de sanatate, aprobat cu nr. 3.344 din 26.08.2020;
- prevederile art. 1 alin. (4), art. 2 lit. d1)-d3), h1), j) si k), art. 5 alin. (1) lit. b), art. 6 lit. c2) si e) si art. 17 alin. (2) din Legea [nr. 185/2017](#) privind asigurarea calitatii în sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
- prevederile Ordinului ministrului sanatatii [nr. 446/2017](#) privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor;
- dispozitiile Ordinului presedintelui Autoritatii Nationale de Management al Calitatii în

Sanatate [nr. 432/2019](#) privind aprobarea conditiilor si a metodologiei de suspendare a acreditarii unitatilor sanitare cu paturi, cu completarile ulterioare;
- prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Autoritatii Nationale de Management al Calitatii în Sanatate [nr. 1.312/250/2020](#) privind organizarea si functionarea structurii de management al calitatii serviciilor de sanatate în cadrul unitatilor sanitare cu paturi si serviciilor de ambulanta, în procesul de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului;
- Hotarârea Colegiului director al Autoritatii Nationale de Management al Calitatii în Sanatate nr. 30/2020*) pentru aprobarea Proiectului Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului,

***) Hotarârea Colegiului director al Autoritatii Nationale de Management al Calitatii în Sanatate nr. 30/2020 nu a fost publicata în Monitorul Oficial al României, Partea I.**
în temeiul art. 13 alin. (5) lit. a) si alin. (6) din Legea [nr. 185/2017](#), cu modificarile si completarile ulterioare,

presedintele Autoritatii Nationale de Management al Calitatii în Sanatate emite prezentul ordin.

Art. 1. - Se aproba Metodologia privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului, prevazuta în anexa care face parte integranta din prezentul ordin.

Art. 2. - Datele înregistrate în aplicatia CaPeSaRo ramân nemodificate în contul fiecărei unitati sanitare si trebuie actualizate conform prevederilor metodologiei prevazute la art. 1, în termen de 30 de zile de la data intrarii în vigoare a prezentului ordin.

Art. 3. - La data intrarii în vigoare a prezentului ordin se abroga Ordinul presedintelui Autoritatii Nationale de Management al Calitatii în Sanatate [nr. 639/2016](#) pentru aprobarea Metodologiei de monitorizare a unitatilor sanitare acreditate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 848 din 25 octombrie 2016.

Art. 4. - Prezentul ordin se publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Presedintele Autoritatii Nationale
de Management al Calitatii în Sanatate,
Elena Dumitrascu

ANEXA

METODOLOGIE
privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului
de management al calitatii serviciilor de sanatate
si sigurantei pacientului

Capitolul I
Dispozitii generale

Art. 1. - (1) Prezenta metodologie reglementeaza modul de supraveghere a implementarii sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului de catre unitatile sanitare înregistrate sau înscrise în procesul de acreditare, precum si a mentinerii si îmbunatatirii acestuia în cadrul unitatilor sanitare acreditate.

(2) Monitorizarea unitatilor sanitare înscrise sau înregistrate urmareste respectarea de catre acestea a etapelor de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate.

(3) Monitorizarea unitatilor sanitare acreditate urmareste respectarea de catre acestea a conditiilor pe baza carora au obtinut acreditarea si tendinta de îmbunatatire continua a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.

(4) Procesul de monitorizare se raporteaza la standardele de acreditare, bunele practici, conform ghidurilor clinice nationale si/sau internationale si alte prevederi legale aplicabile domeniului sanitar.

(5) Datele înregistrate în monitorizare sunt utilizate si în elaborarea raportului necesar comisiilor de evaluare a nivelului de performanta al managementului unitatilor sanitare.

Art. 2. - Scopul monitorizarii este de a asista unitatile sanitare în procesul de implementare si mentinere a functionalitatii unui sistem de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.

Art. 3. - În cuprinsul prezentei metodologii sunt utilizate urmatoarele abrevieri:

- a) ANMCS - Autoritatea Nationala de Management al Calitatii în Sanatate;
- b) SMC - structura de management al calitatii serviciilor de sanatate, organizata în conformitate cu prevederile Legii [nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile

si completarile ulterioare, si ale Legii [nr. 185/2017](#) privind asigurarea calitatii în sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, ale carei atributii sunt stabilite prin ordin comun al ministrului sanatatii si al presedintelui ANMCS;

c) EAAAM - eveniment advers asociat asistentei medicale;
d) IAAM - infectie asociata asistentei medicale;
e) MDR - multidroga rezistentă;
f) RRC - registrul riscurilor clinice;
g) US - unitate sanitara;

h) CaPeSaRo - aplicatie informatica dezvoltata de ANMCS pentru US, ca instrument de lucru pentru implementarea, asigurarea si îmbunatatirea continua a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului si pusa la dispozitia institutiilor abilitate din sistemul sanitar, prin care se face comunicarea dintre acestea si ANMCS;

i) FAE - fisa de autoevaluare; reprezinta documentul elaborat de catre US pe baza cerintelor standardelor de acreditare;

j) RRA - responsabil regional cu acreditarea, angajat în structurile de specialitate ale ANMCS, care comunica cu reprezentantii US si le asigura permanent suport si îndrumare metodologica în activitatea de implementare si îmbunatatire a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului, de la înscrierea acestora în procesul de acreditare;

k) REA - registrul national al evenimentelor adverse asociate asistentei medicale.

Art. 4. - În înțelesul prezentei metodologii, termenii si expresiile de mai jos au urmatoarele semnificatii:

a) monitorizare - urmarirea conformarii unitatilor sanitare la cerintele standardelor de acreditare si la celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditarii. Este realizata în etape succesive, stabilite si comunicate US, astfel încât procesul sa nu conduca la blocarea activitatii acesteia si sa beneficieze de suficient timp pentru adoptarea si implementarea masurilor necesare asigurarii si îmbunatatirii calitatii serviciilor de sanatate si a sigurantei pacientului, precum si a modificarilor normative survenite;

b) indicator de monitorizare - instrument prin care se verifica respectarea planului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului în unitatile sanitare înscrise în procesul de acreditare, precum si nivelul de conformitate cu cerintele standardelor pe baza carora US a fost evaluata si ulterior acreditata. În acest sens, în activitatea de monitorizare, ANMCS poate utiliza atât indicatori din procesul de evaluare, cât si alti indicatori elaborati în baza experientei acumulate si a modificarilor legislative survenite;

c) eveniment advers asociat asistentei medicale - eveniment considerat ca poate fi prevenit, care reprezinta afectarea neintentionata si nedorita a sanatatii, ranirea, îmbolnavirea, dizabilitatea temporara sau permanenta sau chiar moartea pacientului, asociata asistentei medicale;

d) eveniment santinela/catastrofic - eveniment advers care are ca urmare vatamarea grava a sanatatii pacientului cu consecinte pe termen lung, infirmitate permanenta sau moartea pacientului si care reflecta deficiente serioase ale politicilor si procedurilor din unitatea sanitara, lipsa de interes pentru siguranta si organizatie cu grad de risc în acordarea serviciilor. Un asemenea

eveniment semnaleaza necesitatea investigarii imediate si adoptarea masurilor de corectie adecvate;

e) eveniment „near miss” - incident sau potential incident, care a fost evitat si nu a provocat daune, desi ar fi putut produce;

f) vizita de monitorizare - vizita la sediul unitatii sanitare, efectuata de o echipa de monitorizare constituita din personal al ANMCS sau al oficiilor teritoriale ale acesteia sau de catre evaluatori de servicii de sanatate în cadrul unor programe de voluntariat;

g) monitorizare tematica - activitate care urmareste evidentierea modului de gestionare de catre US a unor teme predefinite legate de calitatea serviciilor de sanatate oferite sau a sigurantei pacientului;

h) indicatori critici - indicatorii a caror neîndeplinire reprezinta un risc major pentru siguranta pacientilor, vizitatorilor, personalului sau mediului;

i) audit clinic - metoda de evaluare care permite utilizarea unor criterii specifice pentru a compara practicile de asistenta medicala cu un referential de buna practica, având ca scop masurarea calitatii acestor practici si rezultatele îngrijirii, în vederea îmbunatatirii activitatii medicale;

j) registrul riscurilor clinice - document electronic, în aplicatia CaPeSaRo, în care se consemneaza informatiile privind riscurile asociate activitatii de asistenta medicala identificate.

Art. 5. - În cadrul procesului de monitorizare, ANMCS utilizeaza urmatoarele tipuri de monitorizare:

a) monitorizare generala, care se realizeaza prin analiza lunara, trimestriala, semestriala si anuala a datelor înregistrate în CaPeSaRo de catre US;

b) monitorizare tematica, care se realizeaza prin analiza datelor înregistrate si actualizate, conform cerintelor ANMCS sau colectate prin vizite de monitorizare pe o tema predefinita.

Art. 6. - În cadrul procesului de monitorizare, colectarea datelor/informatiilor se realizeaza prin urmatoarele modalitati:

a) prin înregistrarea si actualizarea de catre US în aplicatia CaPeSaRo, prin intermediul unor instrumente puse la dispozitie în cadrul acesteia;

b) prin colectare de la sediul US, în cadrul vizitelor de monitorizare.

Art. 7. - Analizarea datelor colectate conform art. 6 se realizeaza dupa cum urmeaza:

a) analiza lunara - consta în analiza datelor prevazute la art. 8 pct. (1). În cadrul acesteia sunt analizate numai datele înregistrate pâna în data de 10 a fiecărei luni pentru luna precedenta;

b) analiza trimestriala - consta în analiza datelor prevazute la art. 8 pct. (2), în scopul aprecierii evolutiei proceselor de identificare, analiza, raportare si prevenire a EAAAM si IAAM, precum si în vederea elaborarii unor studii de caz, în scopul învatarii din erori, care sa stea la baza dezvoltarii de bune practici sau a îmbunatatirii celor existente;

c) analiza semestriala - consta în analiza datelor prevazute la art. 8 pct. (3), necesare evaluarii dinamicii proceselor din cadrul US. Sunt analizate numai datele înregistrate pâna în ultima zi lucratoare din luna iulie (pentru semestrul I al anului în curs), respectiv ultima zi lucratoare din luna ianuarie (pentru semestrul II al anului anterior);

d) analiza anuala - consta în analiza datelor prevazute la art. 8 pct. (4), necesare stabilirii unor referinte nationale, pe tipuri de US, patologii, activitati etc. si aprecierii performantei

manageriale a US. Sunt analizate numai datele înregistrate, pentru anul precedent, până în ultima zi lucrătoare din luna februarie a anului următor;
e) analiza ocazională - constă în analizarea datelor colectate pe teme și în termene predefinite de către ANMCS ori de câte ori este necesar.

Capitolul II

Monitorizarea generală

Art. 8. - Monitorizarea generală se realizează prin analiza datelor comunicate de unitățile sanitare, după cum urmează:

1. lunar se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:
 - a) incidenta IAAM cu germenii MDR;
 - b) incidenta EAAAM;
2. trimestrial se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:
 - a) utilizarea unor metodologii de identificare activă a EAAAM și a IAAM;
 - b) identificarea acelor EAAAM și IAAM pentru care s-au stabilit cauzele principale și pot constitui studii de caz pentru învățarea din erori.
3. semestrial se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:
 - a) evoluția morbidității spitalizate în spitalizare continuă și de zi și a adresabilității US;
 - b) evoluția indicatorilor economico-financiarilor;
 - c) apariția modificărilor de structură și analiza modului de integrare a structurilor nou-înființate în activitatea US sau de afectare a funcționalității acestora prin eliminarea unor structuri;
 - d) dinamica activității structurilor de primiri urgente și a ambulatoriului integrat;
 - e) autoevaluarea prin completarea FAE;
4. anual se analizează date care permit aprecierea următoarelor aspecte:
 - a) utilizarea registrului riscurilor ca instrument de management al EAAAM se face conform instrucțiunilor din aplicația CaPeSaRo;
 - b) actualizarea procedurilor și protocoalelor utilizate la nivelul US, urmărind dinamica proceselor de revizie sau elaborare de noi proceduri sau protocoale, în corelație cu concluziile analizelor EAAAM înregistrate;
 - c) îmbunătățirea competențelor profesionale ale membrilor SMC și personalului medical;
 - d) dinamica activităților de îmbunătățire a calității;
 - e) monitorizarea activității SMC;
 - f) evidența auditorilor clinici interni și a auditurilor realizate de către aceștia.

Art. 9. - Verificarea actualizării în timp real a datelor din rubrica „Contul meu” din CaPeSaRo este parte integrantă a procesului de monitorizare.

Art. 10. - Monitorizarea procesului de actualizare a procedurilor și protocoalelor utilizate la

nivelul US se realizeaza urmarind dinamica proceselor de revizie sau elaborare de noi proceduri sau protocoale, în corelatie cu concluziile analizelor EAAAM înregistrate sau a recomandarilor rezultate în urma misiunilor de audit clinic.

Art. 11. - Monitorizarea procesului de îmbunătățire a competențelor profesionale ale membrilor SMC și ale personalului medical se face prin analiza anuală pe baza datelor înregistrate și actualizate în aplicația CaPeSaRo, prezentate în anexa nr. 1.

Art. 12. - Monitorizarea activităților de îmbunătățire a calității se face prin:
a) analiza a cel puțin două autoevaluări efectuate prin completarea FAE. US care se înscriu în procesul de acreditare completează FAE pentru prima oară în maximum 6 luni de la data înscrierii;
b) analiza nivelului de corectare a neconformităților constatate în procesul de acreditare.

Art. 13. - (1) Monitorizarea evoluției morbidității spitalizate și a adresabilității se face semestrial prin analiza datelor înregistrate și actualizate în aplicația CaPeSaRo.

(2) Prin analiza datelor prevăzute la alin. (1) se apreciază gradul în care unitatea sanitară satisface nevoia de servicii de sănătate a comunității pe care o deserveste.

Art. 14. - (1) Monitorizarea evoluției indicatorilor economico-financiarilor se face prin analiza semestrială a datelor solicitate prin aplicația CaPeSaRo.

(2) Analiza datelor prevăzute la alin. (1) permite aprecierea în dinamica a modului în care US asigură resursele materiale necesare realizării obiectivelor asumate.

Art. 15. - (1) Monitorizarea modificărilor structurii organizatorice și a structurii de personal permite aprecierea modului în care US își adaptează structura la nevoia de servicii de sănătate a populației deservite și se realizează prin analiza datelor înregistrate și actualizate în aplicația CaPeSaRo.

(2) Termenul de înregistrare în CaPeSaRo a modificărilor de structură, pentru care s-a obținut autorizația sanitară de funcționare, este de maximum 30 de zile de la autorizarea unei noi structuri sau desființarea unei structuri existente și de maximum 10 zile de la modificarea structurii de personal (număr și tipuri de posturi) sau relocarea activității unei secții/unui compartiment ori încetarea suspendării activității într-o secție/într-un compartiment.

(3) În cazul US acreditate, structurile nou-înființate vor fi monitorizate până la obținerea unui nou certificat de acreditare.

(4) În situația prevăzută la alin. (3), după înregistrarea informațiilor prevăzute la alin. (1) și (2), RRA verifică și avizează conformitatea informațiilor înregistrate în CaPeSaRo cu cerințele ANMCS în termen de 5 zile lucrătoare.

(5) După avizarea prevăzută la alin. (4), ANMCS pune la dispoziția US, în format electronic, prin intermediul CaPeSaRo, „Anexa la suplimentul descriptiv al certificatului de acreditare”, în cuprinsul căruia se va menționa modificarea de structură aflată în monitorizare în conformitate cu alin. (3).

Art. 16. - Monitorizarea activității structurilor de primiri urgente și a ambulatoriului integrat, dacă există, se face prin analiza semestrială a informațiilor actualizate în aplicația CaPeSaRo.

Art. 17. - Monitorizarea evoluției infecțiilor cu germeni MDR se face prin analizarea lunară, în aplicația CaPeSaRo, a înregistrării datelor stabilite prin ordin al președintelui ANMCS.

Art. 18. - (1) Monitorizarea managementului EAAAM se face prin analizarea lunară a informațiilor

înregistrate în aplicatia CaPeSaRo referitoare la prezenta sau absenta acestora în luna precedenta.

(2) În cazul raportarii aparitiei unui EAAAM, analiza datelor înregistrate în CaPeSaRo se face în doua etape:

a) verificarea raportarii initiale a suspiciunii aparitiei unui EAAAM, care trebuie sa se faca în 24 de ore sau în prima zi lucratoare de la aparitia acestuia;

b) verificarea raportului de analiza care confirma EAAAM si stabileste cauzele care au dus la aparitia evenimentului, precum si a masurilor decise pentru prevenirea repetarii acestuia. Raportul trebuie sa contina mentiunea daca riscul EAAAM este identificat în RRC. Daca riscul este mentionat în RRC, raportul trebuie sa precizeze masurile de prevenire ce trebuie revizuite sau ce noi masuri trebuie adoptate pentru prevenirea reaparitiei unui eveniment similar. Daca riscul nu a fost identificat anterior producerii EAAAM, US trebuie sa actualizeze RRC.

Art. 19. - Monitorizarea activitatii SMC se face prin analiza anuala a informatiilor solicitate în aplicatia CaPeSaRo conform modelului prezentat în anexa nr. 2.

Capitolul III Monitorizarea tematica

Art. 20. - (1) Monitorizarea tematica se face pe teme si în perioade predefinite prin ordin al presedintelui ANMCS si aduse la cunostinta US prin intermediul aplicatiei CaPeSaRo si prin publicare pe site-ul ANMCS.

(2) Temele de monitorizare vizeaza, în principal, urmatoarele:

a) verificarea nivelului de mentinere a conformitatii la standardele decise a fi analizate în cadrul temei stabilite;

b) verificarea modului de implementare a bunelor practici decise a fi analizate în carul temei stabilite;

c) colectarea de date în scop de cercetare pe teme si în termene stabilite si aprobate de catre ANMCS.

Art. 21. - Colectarea datelor se face fie prin aplicatia CaPeSaRo pe baza unor chestionare predefinite, fie prin vizite de monitorizare la sediul unor unitati sanitare alese aleatoriu.

Capitolul IV Organizarea activitatilor de monitorizare

Art. 22. - (1) Comunicarea permanenta cu US în cadrul procesului de monitorizare se realizeaza de catre RRA al ANMCS. Acesta tine legatura permanent cu responsabilul cu managementul calitatii (denumit în continuare RMC) din cadrul US din aria de competenta, în limitele atributiilor si competentelor sale si, în situatii punctuale, cu managerul sau alte persoane din conducerea US.

(2) Comunicarea dintre RRA si RMC-ul unitatii sanitare aflata în proces de monitorizare se realizeaza prin intermediul aplicatiei CaPeSaRo, prin posta electronica sau telefonic. RMCul unitatii sanitare sau, dupa caz, responsabilul nominalizat de catre manager cu încarcarea de informatii/documente în CaPeSaRo este direct responsabil pentru corectitudinea si realitatea informatiilor transmise, asumate de catre manager. Documentele transmise trebuie asumate prin semnatura electronica.

(3) Managerul US este direct responsabil pentru punerea la dispozitia RMC a resurselor necesare de orice natura (umane, materiale, financiare, informationale, de timp etc.) în scopul îndeplinirii la termen a solicitarilor transmise în mod oficial de RRA în calitatea acestuia de reprezentant al ANMCS.

(4) Pe toata perioada de monitorizare, RRA comunica cu RMC-ul unitatii sanitare în vederea respectarii de catre aceasta a termenelor asumate pentru înregistrarea si actualizarea datelor în aplicatia CaPeSaRo.

(5) În cazul în care, în termen de 5 zile lucratoare de la îndeplinirea termenului maxim de înregistrare/actualizare a fiecarui tip de date în parte, RRA constata nerespectarea termenelor, acesta elaboreaza un raport de monitorizare pe care îl înaintea directorului directiei din care face parte, care îl analizeaza si îl înaintea directorului general adjunct si presedintelui ANMCS, însoțit de propunerea de aplicare a uneia dintre masurile prevazute la art. 23 si 24.

(6) Pentru US acreditate, RRA transmite sefului biroului evaluare, cu 30 de zile anterior termenului-limita de înscriere într-un nou proces de acreditare, un raport de analiza a modului de respectare de catre US a tuturor cerintelor de monitorizare. Înscrierea US într-un nou proces de evaluare este conditionata de respectarea tuturor cerintelor de monitorizare.

(7) Rezultatele si concluziile analizelor sunt prezentate periodic de catre ANMCS sub forma de recomandari publicate pe site-ul ANMCS www.anmcs.gov.ro la rubrica „Pentru profesionisti”.

Capitolul V

Masuri corective

Art. 23. - Nerespectarea de catre US înscrise pentru prima data în procesul de acreditare a cerintelor solicitate în procesul de monitorizare, în termenele si în modalitatile prevazute în prezenta metodologie atrage dupa sine anulara înscrierii si excluderea din planul multianual de acreditare.

Art. 24. - Nerespectarea prevederilor prezentei metodologii de catre US acreditate poate duce la:

- a) declansarea unei vizite de monitorizare;
- b) suspendarea acreditarii, în conformitate cu reglementarile în vigoare;
- c) retragerea acreditarii.

Art. 25. - (1) Vizita de monitorizare, în functie de complexitatea si gravitatea problemelor ce urmeaza a fi evaluate, este de doua feluri:

- a) vizita anuntata;
- b) vizita inopinata.

(2) Vizitele de monitorizare se efectueaza de catre echipe de monitorizare, în orice moment de la înscrierea US în procesul de acreditare, pe toata perioada de valabilitate a acreditarii, la decizia presedintelui ANMCS.

(3) Echipa de monitorizare se constituie prin ordin al presedintelui ANMCS si are ca principale atributii:

a) verificarea conformitatii tuturor indicatorilor stabiliti pentru tipul de monitorizare respectiva, la fata locului;

b) elaborarea, împreuna cu conducerea US la care se desfasoara vizita, a procesului-verbal al vizitei de monitorizare, pe baza constatarilor din timpul vizitei;

c) elaborarea, în 5 zile lucratoare de la finalizarea vizitei, a unui raport al vizitei de monitorizare, în care se consemneaza atât neconformitatile identificate însoțite de motivatiile echipei si de observatiile reprezentantilor US, cât si orice alta constatare. Raportul vizitei de monitorizare poate contine si recomandari, propuneri de îmbunatatire ale specialistilor din echipa de monitorizare în scopul îmbunatatirii continue a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului prestate de catre US.

(4) Raportul vizitei de monitorizare se transmite ANMCS si conducerii US în vederea elaborarii de catre aceasta a „planului de îndeplinire a cerintelor de monitorizare”. Planul de îndeplinire a cerintelor de monitorizare se comunica ANMCS în termen de 5 zile lucratoare de la primirea raportului vizitei de monitorizare si contine activitatile ce urmeaza a fi desfasurate pentru remedierea neconformitatilor constatate, responsabilii si termenele de realizare. Îndeplinirea acestui plan trebuie sa se realizeze integral în maximum 6 luni de la data primirii de catre US a raportului vizitei de monitorizare.

Art. 26. - În urma vizitei de monitorizare, RRA sau echipa de monitorizare poate propune suspendarea acreditarii pentru US acreditate sau anularea înscrierii si excluderea din planul multianual de acreditare a US nou-înscrise în procesul de acreditare.

Art. 27. - Unitatilor sanitare pentru care, în cadrul procesului de monitorizare postacreditare, se constata ca nu mai îndeplinesc cerintele pe baza carora s-a acordat acreditarea prin nerespectarea termenelor asumate în perioada de suspendare a acreditarii li se retrage acreditarea.

Art. 28. - Masurile prevazute la acest capitol sunt stabilite prin ordin al presedintelui ANMCS.

Art. 29. - Anexele nr. 1 si 2 fac parte integranta din prezenta metodologie.

ANEXA Nr. 1
la metodologie

MONITORIZAREA
procesului de îmbunatatire a competentelor profesionale ale personalului medical

1. Se evalueaza prin analiza datelor raportate anual în aplicatia CaPeSaRo, dupa urmatorul model:

Nr. crt.	Numele si prenumele	Structura din care face parte	Profesia	Tipul manifestarii	Manifestarea figureaza în planul anual de formare profesionala? (DA/NU)	Denumirea manifestarii	Perioada	Dovada participarii
1		Alege.	Alege.	Alege.				Încarca document.
				Adauga.				
	Adauga.							

2. Instrucțiuni de completare a câmpurilor:

- pentru câmpul „Structura din care face parte” - se alege din lista inclusa structura în care este angajata persoana (structura de management al calitatii, sectie, compartiment, birou, serviciu etc.);
- pentru câmpul „Profesia” - se alege din lista inclusa: medic, asistent medical, altele;
- în câmpul „Tipul manifestarii” - se poate selecta „curs, conferinta, altele”.
- în câmpul „Dovada participarii” - se încarca în CaPeSaRo documentul scanat care atesta participarea la manifestarea mentionata.

ANEXA Nr. 2
la metodologie

INFORMATII

cu privire la activitatea structurii de management al calitatii serviciilor de sanatate

1. Evaluarea activitatilor de audit clinic se face prin completarea în aplicatia CaPeSaRo a informatiilor cuprinse în tabelul urmator:

Numarul de misiuni de audit clinic	
planificate	
realizate	

2. Evaluarea activitatii de coordonare a procesului de revizuire a procedurilor si protocoalelor pentru activitati cu impact direct asupra calitatii serviciilor de sanatate oferite si a sigurantei

pacientului prin completarea în aplicatia CaPeSaRo a informatiilor cuprinse în tabelul urmator:

Analiza procesului de coordonare a revizuirii procedurilor si protocoalelor				
			Numar	Total general
Proceduri	Revizuite	În urma misiunilor de audit clinic		
		În urma analizei EAAAM		
		Altele - descrieti:		
	Nou-elaborate	În urma misiunilor de audit clinic		
		În urma analizei EAAAM		
		Altele - descrieti:		
Protocoale	Revizuite	În urma misiunilor de audit clinic		
		În urma analizei EAAAM		
		Altele - descrieti:		
	Nou-elaborate	În urma misiunilor de audit clinic		
		În urma analizei EAAAM		
		Altele - descrieti:		

3. Evaluarea activitatilor de coordonare a procesului de identificare, analiza si raportare anonima fara caracter acuzator a EAAAM prin completarea în aplicatia CaPeSaRo a informatiilor cuprinse în tabelul urmator:

EAAAM	Numar
identificate	
raportate	
analizate	
Din care, ca manifestare a unui risc existent în registrul riscurilor	

4. Evaluarea activitatii de coordonare a actualizarii registrului riscurilor, în conformitate cu urmatorul tabel:

Riscuri nou-introduse în registrul riscurilor						
Nr. crt.	Enunt risc	Pozitia în registrul riscurilor	Modul de identificare	Tipul masurii	Pozitia în registrul de proceduri/protocoale	Masuri de tratare propuse
1			Alege.	Alege.		
	Adauga risc.					Adauga masura.

La „Modul de identificare” se alege din lista inclusa una din variantele: în urma misiunilor de audit, în urma analizei EAAAM sau altele.

La „Tipul masurii” se alege din lista inclusa una dintre variantele: revizie procedura, revizie protocol, elaborare procedura, elaborare protocol, altele.