



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



NR 204/ANMCS/27.01.2022

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

Andrei – Cosmin DAVID

RAPORT DE ACREDITARE

SPITAL MUNICIPAL 'DR. POP MIRCEA' MARGHITA

Cod ANMCS: A10005

Localitatea Marghita, Județul Bihor

CUPRINS

Preambul	3
1.1 Obiectivele și scopul acreditării	3
1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi	4
2. Informații generale	7
2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi	7
2.2 Vizita de evaluare.....	10
3. Prezentarea rezultatelor obținute și încadrarea unității sanitare în categoria de acreditare	11
4. Prelucrarea și analiza datelor obținute în urma procesului de evaluare	13
4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional	13
4.2 Referința 02 - Managementul clinic.....	54
4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului	104
5. Aprecieri și recomandări	114
6. Anexă la raportul de acreditare	116

Preambul

1.1 Obiectivele și scopul acreditării

Acreditarea unităților sanitare:

- este procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora;
- este un proces de evaluare externă și, principial, independent, realizat de persoane special pregătite pentru aceasta – evaluatori;
- se focalizează pe trei dimensiuni: implementarea sistemului de management al calității, organizarea proceselor în vederea acreditării serviciilor de sănătate și îmbunătățirea practicilor profesionale;
- privește spitalul ca pe un ansamblu de procese desfășurate de o organizație, având ca rezultat serviciile de sănătate centrate pe pacient.

Scopul acreditării

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

1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi

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

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

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

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

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

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

2. Informații generale

2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi

Denumire Unitate Sanitara cu Paturi: Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita.

Autorizație Sanitară de Funcționare (ASF) Nr.: 309/22.10.2018

Pentru obiectivul: Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita

Cu sediul în: Marghita, Eroilor, Nr.12-14 ; Dispensar TBC , Marghita Tudor Vladimirescu , Nr.3

Cod ANMCS: A10005

Localitate: Marghita

Județ: Bihor

Tip unitate sanitară cu paturi:

- Public
- Municipal
- General
- Centru medical
- Categoria IV
- Cu sectii/paviloane exterioare

Autoritate Tutelară: Consiliul Local Marghita

Plan de conformare: Există, termenul de remediere a măsurilor din planul de conformare: peste 24 de luni

Ordinul Ministerului Sănătății privind structura organizatorică:
XI/A/CSA/7095/CSA/7797/11.07.2011

Număr total paturi din structura unitatii sanitare cu paturi: 267

Număr total secții/compartimente de sine stătătoare:

- număr secții: 5
- număr compartimente de sine stătătoare: 7

Structura organizatorică evaluată

Pentru obiectivul: Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita

Cu sediul în: Marghita, Eroilor, Nr.12-14 ;

Sectia Medicina Interna din care- (compartiment neurologie,compartiment diabet zaharat,nutritie si boli metabolice)
Compartiment psihiatrie
Sectia Chirurgie generala din care (compartiment ortopedie -traumatologie)
Compartiment ORL
Compartiment recuperare,medicina fizica si balneologie
Sectia ATI
Sectia pediatrie
Sectie obstetrica ginecologie
Compartiment neonatologie
Compartiment pneumologie_(TBC)
UTS
Camera de garda
Laborator recuperare,medicina fizica si balneologie(baza de tratament)
Laborator de analize medicale,
Laborator anatomie patologica
Farmacie de spital,
Bloc operator
Sterilizare
Laborator Radiologie si imagistica medicala
Ambulatoriu integrat cu cabinete in specialiatati(medicina interna,chirurgie generala,ortopedie si traumatologie,obstetrica ginecologie,pediatrie,dermatovenerologice,oftalmologie,neurologie,psihiatrie,orl,pneumologie,cardiologie,reumatologie)
Bloc alimentar
Spalatorie si aparat functional.

Servicii TESA evaluate:

Serviciul financiar-contabil, achizitii, resurse umane, juridic, administrativ,serviciul IT,arhiva,serviciul de managementul calitatii,juridic.

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

Sectia Exterioara Valea lui Mihai/ Conform adresei DSP nr.3646/10.02.2021;

Compartimentul Oftalmologie conform adresei DSP nr.3646/10.02.2021;

Centru de sanatate mintala adulti(CSM) -in curs de organizare /conform ASF nr:309.22.10.2018

Servicii externalizate:

Laborator morfopatologic – contract nr.5341/31.12.2020, Cabinet servicii de imagistica de inalta performanta CT,SCJ Oradea contract nr.3412/05.08.2019

Programe naționale la care participă unitatea sanitară cu paturi:

PN de supraveghere si control al bolilor transmisibile prioritare pt. identificarea virusului 2019-nCOV prin metoda RT - PCR, PN de prevenire, supraveghere si control al tuberculozei, PN de diabet zaharat, PN de ortopedie - endoprotezare adulti

Cercetări la care participă unitatea sanitară cu paturi:

Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului: 9%

Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului: 72%

Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului: 2.97%

Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului: 3%

Nivelul ICM în ultimii 3 ani: 1.2214

Nivelul ICM pe anul în curs: 1.2053

Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi în ultimii 2 ani:

3.76‰/2019 3.70‰/2020

Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi pe anul în curs:

3.01‰/01.01.2021.- 30.04.2021

Rata mortalității pe spital în ultimele 3 luni: 1.20

Indicele de concordanță a diagnosticului de la internare cu diagnosticul la externare în ultimele 12 luni: 76.78%

Rata medie de ocupare a paturilor în ultimele 24 de luni: 52.16%

Durata medie de spitalizare în ultimele 24 de luni: 7.33 zile

2.2 Vizita de evaluare

În conformitate cu prevederile Legii nr. 185/2017 *privind asigurarea calității în sistemul de sănătate*, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Regulamentului de Organizare și Funcționare al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, aprobat prin Ordinul Președintelui ANMCS nr. 114/2021, s-a întocmit prezentul Raport de Acreditare. Acesta s-a elaborat în baza dosarului de evaluare nr. 2075//2021-07-01

Vizita de evaluare a fost efectuată de către Comisia de evaluare constituită în baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 80/06.04.2021, în perioada 24.05.2021 - 28.05.2021, având următoarea componență:

- Niculae Ghinescu, Președinte
- Radu - Florin Ciulu, Coordonator
- Bogdan - Florin Covaliu, Membru
- Elena Anca GHERASIM, Membru
- Narcisa Ilie-Drăguț, Membru cu atribuții privind gestionare a documentelor

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

În urma analizei documentației rezultate din procesul de evaluare în vederea acreditării, Unitatea de evaluare și acreditare a spitalelor a identificat un număr de **4354** indicatori aplicabili, din care **2929** indicatori conformi și **1425** indicatori neconformi, rezultând:

- punctajul total obținut* **43.62%**
- numărul standardelor cu punctaj mai mic de 51%** **14**
- Procentajul indicatorilor cu punctaj (-10)*** **19.06%**

Unitatea sanitară **are plan de conformare**, termenul de remediere a măsurilor din plan fiind **de peste 24 de luni**.

În baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 10/2018 *privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare*, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 95 din 31 ianuarie 2018, **SPITAL MUNICIPAL 'DR. POP MIRCEA' MARGHITA**, Județul **Bihor** se încadrează în **categoria a VI-a Neacreditat**.

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

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

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

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

Capitol de Referința conform OMS 446/2017	Nr. indicatori supusi analizei	Indicatori aplicabili	Indicatori C	Indicatori NC	Indicatori N/A	Punctaj obținut	Punctaj maxim	Procent (%)
01 Managementul strategic și organizațional	2441	2277	1546	731	164	749.82	1890	39.67%
02 Managementul clinic	2079	1934	1322	612	145	1,280.90	2301	55.67%
03 Etica medicală și drepturile pacientului	144	143	61	82	1	35.88	185	19.40%
TOTAL	4664	4354	2929	1425	310			

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

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

4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional

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

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

Obiectivele majore ale referinței sunt:

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

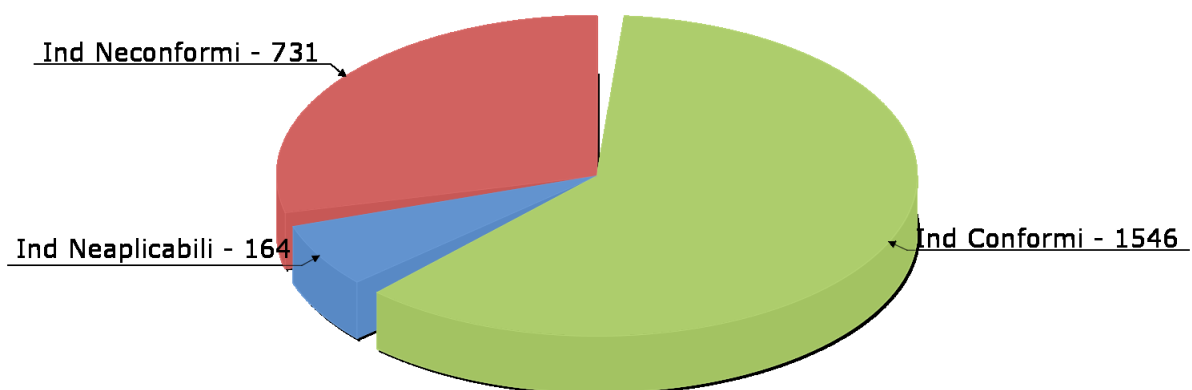
Punctaj obținut Referința 01 - 39.67%

În cadrul Referinței 01 au fost supuși analizei 2441 indicatori, fiind identificați:

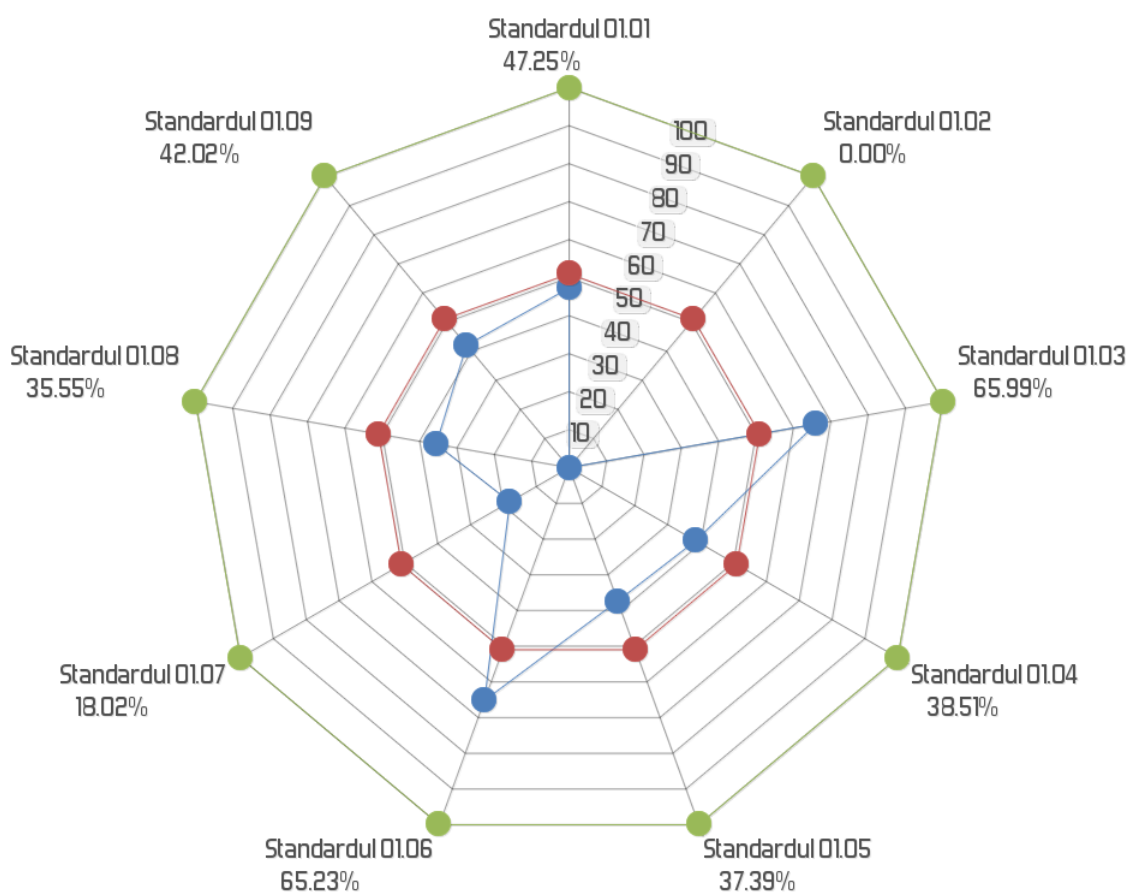
indicatori conformi	1546
indicatori neconformi	731
indicatori neaplicabili	164

obținând **749.82 puncte** din **1890 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **39.67%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Managementul strategic și organizațional



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 01



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

Standardul: 01.01

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.01	Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate	91	43.00	47.25%
Criteriul 01.01.01	Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii.	30	0.00	0.00%
Cerinta 01.01.01.01	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	20	0.00	0.00%
	Recomandari: Realizarea periodică a analizei nevoilor de îngrijire a populației/comunității deservite, precum și analiza gradului de acoperire a acestora pe plan local/județean/regional, respectiv unitățile sanitare spre care migrează pacienții. Această analiză constituie baza elaborării Planului strategic și trebuie să cuprindă informații cu privire la: - date demografice (numărul populației, densitatea populației, repartiția pe sexe, grupe de vârstă, urban-rural, natalitatea, mortalitatea); - morbiditatea (incidența și prevalența) principalelor minim 10 categorii de afecțiuni (cele mai frecvente la nivelul spitalului); - număr servicii (internări, spitalizare de zi, consultații în ambulatoriu, investigații-analize laborator și imagistică, programe de sănătate derulate etc); - nivelul și sursele de finanțare; - situația personalului de specialitate - medici și asistenți medicali (număr posturi normate, număr posturi ocupate, număr contracte civile-gărzi sau altele, număr rezidenți) pe categorii și specialități.			
Indicator neconform 01.01.01.01.01	În planul strategic al spitalului există analiza privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.01.01.01.02	În planul strategic al spitalului există analiza pieței serviciilor de sănătate din zona de acoperire.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 01.01.01.02	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.	10	0.00	0.00%
	Recomandari: Obiectivele care duc la satisfacerea nevoii de servicii de sănătate trebuie să fie fundamentate pe baza rezultatelor analizei privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit. În analiza nevoii de servicii medicale, la nivelul unității sanitare se recomandă utilizarea morbidității migrante și modul de estimare a acesteia.			
Indicator neconform 01.01.01.02.01	Nevoile de îngrijire ale populației deservite și specificul pieței de servicii sunt evidențiate în Planul strategic al spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.01.01.02.02	La nivelul spitalului este definită morbiditatea migrantă și modul de estimare a acesteia.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.01.01.02.03	În analiza nevoii de servicii medicale este utilizată morbiditatea migrantă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.01.02	Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate nivelurile de decizie.	31	29.00	93.55%
Cerinta 01.01.02.01	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.	6	4.00	66.67%
	Recomandari: Asigurarea resurselor necesare îndeplinirii obiectivelor din planul strategic al spitalului.			
Indicator neconform 01.01.02.01.02	În planul strategic sunt menționate resursele necesare îndeplinirii obiectivelor strategice ale spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.01.02.02	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	20	20.00	100.00%
Cerinta 01.01.02.03	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.	5	5.00	100.00%
Criteriul 01.01.03	Planul strategic se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.	30	14.00	46.67%
Cerinta 01.01.03.01	La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.	13	5.00	38.46%
	Recomandari: Efectuarea analizelor periodice ale nivelului de realizare a obiectivelor;			
Indicator neconform 01.01.03.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale activității echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.01.03.02	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	11	3.00	27.27%
	Recomandari: Analiza stadiului de îndeplinire a activităților specifice fiecărui sector de activitate pentru îndeplinirea obiectivelor din Planul strategic;			
Indicator	La nivelul spitalului există analize periodice ale nivelului de realizare a	Nr. total aplicare: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 01.01.03.02.01	obiectivelor strategice, provenite de la șefii tuturor sectoarelor.	Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.01.03.03	Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.	6	6.00	100.00%
Criteriul 01.01.04	Strategia institutelor clinice și a spitalelor clinice include și dezvoltarea sectorului de cercetare științific	0	0.00	N/A
Cerinta 01.01.04.01	Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.	0	0.00	N/A
Cerinta 01.01.04.02	Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.	0	0.00	N/A
Cerinta 01.01.04.03	Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu.	0	0.00	N/A

Standardul: 01.02

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

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.02	Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale	61	-7.00	0.00%
Criteriul 01.02.01	Spitalul funcționează cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare.	10	-27.00	0.00%
Cerinta 01.02.01.01	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.	3	-27.00	0.00%
	Recomandari: Preocuparea permanentă a unității sanitare în vederea menținerii și actualizării condițiilor necesare pentru buna funcționare a tuturor serviciilor, cu respectarea în permanență a cerințelor legale. Pentru îndeplinirea acestei cerințe este necesar ca spitalul să nominalizeze responsabil/responsabili cu monitorizarea termenelor de reînnoire a autorizațiilor și avizelor specifice și certificărilor.			
Indicator neconform 01.02.01.01.01	Autorizațiile specifice sunt în vigoare.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.02.01.01.03	Există documente justificative pentru autorizațiile sau avizele aflate pe circuitul de aprobare, după caz.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.02.01.02	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	7	0.00	0.00%
	Recomandari: Preocuparea permanentă a unității sanitare în vederea menținerii și actualizării condițiilor necesare pentru buna funcționare a tuturor serviciilor, cu respectarea în permanență a cerințelor legale. Îndeplinirea acestor masuri presupune monitorizarea activităților și acționarea în consecință, pentru menținerea condițiilor de obținere a autorizațiilor și avizelor specifice.			
Indicator neconform 01.02.01.02.01	La nivelul spitalului sunt nominalizați responsabilii cu monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.02.01.02.02	La nivelul spitalului există planificată monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.02.02	Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată și, după caz, actualizată periodic.	46	20.00	43.48%
Cerinta 01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	6	0.00	0.00%
	Recomandari: Evaluarea periodică a structurii organizației în funcție de cererea de servicii de sănătate;			
Indicator neconform 01.02.02.01.01	Structura și organigrama sunt fundamentate având în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.02.02.02	Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate.	20	20.00	100.00%
Cerinta 01.02.02.03	Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică.	20	0.00	0.00%
	Recomandari: Actualizarea structurii organizatorice de către conducerea unității sanitare, în urma analizei anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital. Astfel, spitalul susține și dezvoltă cadrul organizatoric și funcțional în corespondență cu misiunea și obiectivele propuse.			
Indicator neconform 01.02.02.03.01	La nivelul Comitetului director sunt definiți indicatori ai eficacității și eficienței proceselor din spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.02.02.03.02	La nivelul Comitetului director există analize anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.02.03	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaționale, asigurând integrarea proceselor și consolidarea controlului managerial.	5	0.00	0.00%
Cerinta 01.02.03.01	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	0	0.00	Legalitate îndeplinită

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	5	0.00	0.00%
	Recomandari: Operaționalizarea tuturor comisiilor și a comitetelor (clinice și administrative) multidisciplinare, pentru a asigura coordonarea și evaluarea tehnică și managerială a problemelor, pe toate domeniile de activitate.			
Indicator neconform 01.02.03.02.01	Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității este înregistrată (consemnată).	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.02.03.02.02	În fundamentarea deciziilor manageriale se regăsesc, după caz, propunerile structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) care au stat la baza emiterii acestora.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 01.03

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.03	Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital	147	97.00	65.99%
Criteriul 01.03.01	Politica de resurse umane este documentată și adaptată nevoilor privind organizarea și funcționarea unității.	58	58.00	100.00%
Cerinta 01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	20	20.00	100.00%
Cerinta 01.03.01.02	Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acesteia la nevoile identificate.	10	10.00	100.00%
Cerinta 01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	15	15.00	100.00%
Cerinta 01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	13	13.00	100.00%
Criteriul 01.03.02	Nevoia de personal este stabilită conform capacității tehnice, hoteliere, adresabilității, morbidității tratate, normativului de personal și auditului timpului de muncă, după caz.	40	19.00	47.50%
Cerinta 01.03.02.01	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.	13	0.00	0.00%
	<p>Recomandari: Stabilirea gradului de dependență a pacienților care trebuie realizată de către medic împreună cu asistentul medical, pe baza scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități. Analiza gradului de dependență a pacienților trebuie să stea la baza evaluării volumului de activitate în cadrul procesului de îngrijire și la stabilirea numărului de personal necesar per tură și al competențelor profesionale și abilităților necesare acordării îngrijirilor. Numărul persoanelor aflate în tură corespunde numărului stabilit ca necesar, în funcție de gradul de dependență al pacienților.</p>			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Personalul trebuie să cunoască atribuțiile din fișa postului, inclusiv sarcinile suplimentare stabilite prin decizia managerului.			
Indicator neconform 01.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 01.03.02.01.02	La nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se determină gradul mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 01.03.02.01.03	Decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se emite în funcție de gradul mediu de dependență a pacienților internați.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.03.02.02	Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.	14	6.00	42.86%
	Recomandari: Asigurarea personalului de specialitate pentru utilizarea cu maximă eficiență a dotărilor tehnice.			
Indicator neconform 01.03.02.02.01	Există analize periodice ale necesarului de personal pentru utilizarea la capacitate nominală a echipamentelor și aparaturii din dotare.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	13	13.00	100.00%
Criteriul 01.03.03	Politica de personal motivează angajații și determină îmbunătățirea calității.	49	20.00	40.82%
Cerinta 01.03.03.01	Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.	7	4.00	57.14%
	Recomandari: Organizarea ședințelor/consultărilor cu reprezentanții salariaților pentru informarea acestora sau pentru a li se da posibilitatea de a face propuneri de optimizare a activității;			
Indicator neconform 01.03.03.01.02	La nivelul spitalului este stabilit modul de informare a angajaților cu privire la potențialele probleme privind condițiile de muncă.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	17	11.00	64.71%
	Recomandari: Îmbunătățirea managementului resurselor umane prin utilizarea rezultatelor analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților cu participarea reprezentanților acestora.			
Indicator neconform 01.03.03.02.03	Reprezentanții angajaților participă la analiza chestionarelor de satisfacție a acestora.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	25	5.00	20.00%
	Recomandari: Participarea ca invitat la ședințele comitetului director de analiză a calității vieții profesionale a angajaților.			
Indicator neconform 01.03.03.03.05	Reprezentatul angajaților participă ca invitat la ședințele comitetului director de analiză a calității vieții profesionale a angajaților.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Standardul: 01.04

Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.04	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului	163	62.77	38.51%
Criteriul 01.04.01	Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea.	19	10.00	52.63%
Cerinta 01.04.01.01	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.	9	0.00	0.00%
	Recomandari: La întocmirea planului de investiții anual trebuie să se țină cont de investițiile programate în acel an cuprinse în planul strategic al unității sanitare, precum și de investițiile identificate pentru acoperirea nevoilor de îngrijire a populației deservite, în concordanță cu nivelul de competență asumat;			
Indicator neconform 01.04.01.01.01	Fundamentarea planului anual de investiții conține analizele privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.01.01.02	Există corelație între obiectivele planului strategic și planul multianual/anual de investiții.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.04.01.02	Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat.	10	10.00	100.00%
Criteriul 01.04.02	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului susține realizarea planului anual de servicii.	47	40.00	85.11%
Cerinta 01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	23	16.00	69.57%
	Recomandari: Identificarea cât mai exactă a cheltuielilor pentru fiecare activitate la nivelul spitalului.			
Indicator	La nivelul spitalului este determinat costul mediu pe diagnostic pe baza	Nr. total aplicare: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 01.04.02.01.03	consumurilor specifice raportate de șefii sectoarelor de activitate.	Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	24	24.00	100.00%
Criteriul 01.04.03	Bugetul este actualizat periodic din perspectiva eficientizării procesului de furnizare a serviciilor.	41	8.77	21.39%
Cerinta 01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	21	8.77	41.76%
	Recomandari: În vederea evaluării costurilor per pacient și pe boală, pentru eficientizarea cheltuielilor, spitalul trebuie să aiba o metodologie unitară de completare a decontului per pacient.			
Indicator neconform 01.04.03.01.01	La nivelul spitalului este reglementată monitorizarea consumurilor pentru fiecare sector de activitate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.03.01.02	La nivelul secției/ambulatoriului există analize periodice ale cheltuielilor directe.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.04.03.01.04	La nivelul spitalului centrele de cost sunt definite, iar sistemul de înregistrare a cheltuielilor este reglementat pentru fiecare centru în parte.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.03.01.05	Modalitatea de monitorizare a fiecărui centru de cost este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	20	0.00	0.00%
	Recomandari: În vederea optimizării serviciilor oferite, pentru repartizarea judicioasă a resurselor, analiza modului de desfășurare a procesului de furnizare a serviciilor trebuie realizată periodic (periodicitate stabilită la nivelul spitalului), cu implicarea tuturor nivelurilor de management.			
Indicator neconform 01.04.03.02.01	Indicatorii financiari de performanță sunt definiți pentru fiecare nivel de management.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.04.03.02.02	Există analize periodice ale îndeplinirii indicatorilor financiari de performanță pentru fiecare nivel de management.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.04.04	Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor.	56	4.00	7.14%
Cerinta 01.04.04.01	Spitalul asigura evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	7	2.00	28.57%
	Recomandari: Este necesară evidența serviciilor și produselor critice, care pot influența negativ atât siguranța pacienților cât și calitatea serviciilor oferite, prin apariția unor discontinuități sau disfuncționalități în furnizarea acestora.			
Indicator neconform 01.04.04.01.02	Monitorizarea valabilității contractelor de furnizare a produselor și serviciilor critice este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.	10	0.00	0.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.04.04.02	Recomandari: Pentru eficientizarea cheltuirii fondurilor prin evitarea achizițiilor inutile, la nivelul spitalului trebuie ținută o evidență actualizată permanent a stocurilor.			
Indicator neconform 01.04.04.02.01	La nivelul spitalului sunt definite valorile stocului minim acceptat pentru produsele critice.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.04.04.02.02	La nivelul spitalului există un sistem de alertă pentru stocul minim acceptat al produselor critice.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.04.04.02.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de completare a stocurilor în momentul atingerii nivelului minim acceptat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul. Recomandari: În scopul asigurării continuității asistenței medicale aprovizionarea trebuie să țină cont atât de consumurile estimate și de cele efectiv realizate.	32	0.00	0.00%
Indicator neconform 01.04.04.03.01	Există analize periodice ale necesarului de medicamente în vederea asigurării continuității serviciilor medicale.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.04.04.03.02	Există analize periodice ale necesarului de dezinfectanți și materiale sanitare în vederea asigurării continuității serviciilor medicale.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.04.04.03.03	Există analize periodice ale necesarului de reactivi în vederea asigurării continuității serviciilor medicale.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.04.04.03.04	Există analize periodice ale necesarului de medicamente utilizate în acordarea serviciilor medicale de urgență stabilite pentru nivelul de competență asumat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.04.04.04	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale. Recomandari: Pentru a putea furniza servicii și în situații excepționale, de exemplu dezastre naturale, accidente colective etc, spitalul trebuie să prevadă modalitățile de aprovizionare în aceste cazuri.	7	2.00	28.57%
Indicator neconform 01.04.04.04.02	Aprovizionarea cu produse și servicii critice pentru cazuri excepționale este reglementată.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Standardul: 01.05

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

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.05	Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital	230	86.00	37.39%
Criteriul 01.05.01	Sistemul informațional asigură datele necesare documentării activităților spitalului.	21	17.00	80.95%
Cerinta 01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarele de activitate.	12	8.00	66.67%
	Recomandari: Stabilirea setului de date care trebuie înregistrate în sistemul informațional Utilizarea unui sistem informatic integrat care să permită trasabilitatea informației; - Auditul periodic al sistemului informațional pentru identificarea deficiențelor/blocajelor; - Utilizarea unui modul tip "Tablou de bord" la nivel organizațional.			
Indicator neconform 01.05.01.01.04	La nivelul spitalului este definit setul de date a căror transmitere către utilizatori se face cu prioritate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform	Interoperabilitatea informațională permite realizarea unui „tablou de bord” care susține actul decizional.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.05.01.01.05				
Cerinta 01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	9	9.00	100.00%
Criteriul 01.05.02	Circuitele și fluxurile informaționale susțin desfășurarea activităților și a procesului decizional.	25	11.00	44.00%
Cerinta 01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	14	11.00	78.57%
	Recomandari: Implementarea unui sistem informațional și informatic integrat;			
Indicator neconform 01.05.02.01.01	Personalul spitalului are acces în timp real la datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	11	0.00	0.00%
Cerinta 01.05.02.02	Recomandari: Sistemul informatic trebuie să aibă prevăzut un sistem integrat de alerte în funcție de specificul departamentului/secției, cu posibilitate de feedback din partea utilizatorului; - Alocarea de responsabili privind auditarea periodică a sistemului și identificarea situațiilor de alerte (alerte de funcționalitate, medicale, suport tehnic); - Realizarea periodică de analize a situațiilor de alertă cu recomandări pentru cereri de modificare sau adaptare a soluției informatice;			
Indicator neconform 01.05.02.02.01	Nivelurile de acces la informații sunt definite pentru fiecare categorie de personal.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.05.02.02.02	Raportul anual de audit cuprinde constatări privind funcționalitatea tehnologiilor informaționale.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Criteriul 01.05.03	Procesele informaționale fundamentează eficient deciziile la nivelul spitalului.	22	11.00	50.00%
Cerinta 01.05.03.01	Suportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) și fluxul de utilizare al acestuia sunt definite și respectate.	8	3.00	37.50%
	Recomandari: - Stabilirea modalității de înregistrare a datelor; - Stabilirea circuitului documentelor; - Auditarea periodică a sistemului informațional în vederea îmbunătățirii acestuia.			
Indicator neconform 01.05.03.01.02	La nivelul spitalului, circuitul documentelor este reglementat.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	14	8.00	57.14%
	Recomandari: Sistemul informatic trebuie să fie adaptat specificului fiecărei structuri (secție/compartiment);			
Indicator neconform 01.05.03.02.03	La nivelul spitalului sunt identificate riscurile aferente sistemului informatic.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.05.04	Sistemul informatic și toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informațiilor) asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.	118	31.00	26.27%
Cerinta 01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	25	-5.00	0.00%
	Recomandari: Informări periodice privind legislația în vigoare referitoare la securitatea datelor; - Numirea unei persoane, prin decizia managerului, responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal; - Implementarea de măsuri tehnice și organizatorice pentru a asigura securitatea datelor personale; - Procedurarea securității informațiilor și controlul accesului; - Managementul activelor (managementul vulnerabilităților tehnice și clasificarea informațiilor); - Securitatea Resurselor Umane; - Securitatea fizică a mediului de lucru; - Conformitatea cu politicile de securitate reglementate; - Respectarea cerințelor tehnice; - Auditarea soluțiilor de securitate (Firewall, antivirus etc.); - Raportarea corectă și la timp a incidentelor de securitate; - Implementarea de politici de securitate;			
Indicator neconform 01.05.04.01.02	Transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților se realizează cu păstrarea confidențialității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.01.03	Este reglementată modalitatea prin care proprietatea datelor este asigurată în raport cu terții colaboratori.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.01.04	Colectarea și gestiunea datelor este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.01.05	La nivelul spitalului există persoană responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	17	9.00	52.94%
	Recomandari: Reglementarea accesului în sistemul informatic;			
Indicator neconform 01.05.04.02.01	Accesul la datele din sistemul informatic este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.02.02	Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului sunt reglementate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.05.04.02.05	RI conține prevederi specifice asupra condițiilor de acces la informații/date, prelucrarea și protecția acestora, pentru fiecare categorie profesională în parte.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.05.04.03	Spitalul asigură sisteme de back-up al informației.	11	11.00	100.00%
Cerinta 01.05.04.04	Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.	16	0.00	0.00%
	Recomandari:			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Identificarea și analiza periodică a specificațiilor cerințelor de securitate; - Elaborarea unei metodologii/proceduri privind managementul utilizării cheilor de criptare; - Analiza și revizia tehnică periodică a sistemului informatic; - Identificarea de responsabilități ale utilizatorilor (la angajare, pe toată durata angajării, la terminarea/schimbarea activității);			
Indicator neconform 01.05.04.04.01	Auditarea securității informațiilor și a sistemului informațional este parte a Programului anual de audit al spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.04.02	Eficiența sistemului informațional este evaluată anual.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.04.03	Protecția sistemului informațional este reglementată la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.05.04.05	Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor. Recomandari: Elaborarea și implementarea instruirii periodice a personalului privind cerințele de securitate și reglementările referitoare la arhivarea documentelor; proceduri de prelucrare, păstrare și arhivare a documentelor;	41	16.00	39.02%
Indicator neconform 01.05.04.05.01	Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament este reglementat la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.05.04	Protecția sistemului informatic este reglementată la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.05.08	Există un nomenclator arhivistic aprobat conform legii.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.05.09	Nomenclatorul arhivistic are menționate și documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.05.10	La nivelul spitalului este reglementată eliberarea duplicatelor documentelor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.05.04.06	Distrușterea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor. Recomandari: Elaborarea, cunoașterea și implementarea unor proceduri privind regulile de distrugere a documentelor și înregistrărilor la nivelul fiecărei structuri.	8	0.00	0.00%
Indicator neconform 01.05.04.06.01	Distrușterea înregistrărilor / documentelor arhivate este reglementată la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.05.04.06.02	Pentru distrușterea înregistrărilor / documentelor arhivate este desemnată, de fiecare dată, o comisie de casare.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.05.05	Sistemul informațional asigură documentarea și susține procesul educațional al angajaților din spital.	44	16.00	36.36%
Cerinta 01.05.05.01	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.	22	3.00	13.64%
	Recomandari: Accesul securizat pe bază de drepturi de acces (auditate periodic) la intranet/sistem informatic			
Indicator neconform 01.05.05.01.01	La nivelul spitalului există portal intranet.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 01.05.05.01.02	La nivelul portalului intranet există bibliotecă electronică accesibilă personalului.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 01.05.05.01.04	Reglementările interne aprobate la nivelul spitalului sunt disponibile și accesibile fiecărui angajat.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	22	13.00	59.09%
	Recomandari: Monitorizarea periodică a bazei de date cu recomandări specifice pe domeniul de activitate al unității sanitare;			
Indicator neconform 01.05.05.02.01	Structura portalului intranet de la nivelul spitalului conține o secțiune distinctă, dedicată instruirii și schimbului de informații profesionale între angajați.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2	

Standardul: 01.06

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.06	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor	218	142.20	65.23%
Criteriul 01.06.01	Comunicarea externă răspunde nevoilor beneficiarilor și ale spitalului.	148	122.20	82.57%
Cerinta 01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	28	21.25	75.89%
	Recomandari: Adaptarea mijloacelor de comunicare a diferitelor informații către public la posibilitățile tehnice, de înțelegere și utilizare ale potențialilor beneficiari.			
Indicator neconform 01.06.01.01.03	La nivelul spitalului există birou de informații.			Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 6
Cerinta 01.06.01.02	Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.	31	29.00	93.55%
	Recomandari: Existența unei pagini de internet bine structurate și ușor de utilizat, cât mai intuitiv cu putință, astfel încât informațiile să fie transmise eficient, ținând cont și de abilitățile tehnice ale potențialilor utilizatori.			
Indicator neconform 01.06.01.02.04	Pagina de internet conține informații privind investigațiile și tratamentele care sunt decontate de către casa de asigurări.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.06.01.02.13	Spitalul promovează pe pagina sa de internet recuperarea activă a pacientului, mobilizarea precoce și stilul sănătos de viață al acestuia, ca elemente principale de luptă împotriva durerii cronice.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	33	16.20	49.09%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.06.01.03	Recomandari: Existența unui sistem de orientare a pacienților și aparținătorilor pe teritoriul unității sanitare pentru a evita apariția disfuncționalităților și insatisfacția acestora.			
Indicator neconform 01.06.01.03.01	La nivelul spitalului este organizată recepția pentru informarea și orientarea pacienților/aparținătorilor pentru internare și/sau ambulatoriu.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 6	
Indicator neconform 01.06.01.03.02	Spitalul are sistem funcțional de programare al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 4	
Indicator neconform 01.06.01.03.04	Caile de acces interioare sunt semnalizate.		Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.06.01.03.05	Căile de evacuare interioare sunt semnalizate.		Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 6	
Indicator neconform 01.06.01.03.06	Spațiile de adunare în cazuri excepționale sunt semnalizate.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.06.01.03.13	La nivelul spitalului există marcaje/inscripționări accesibile nevăzătorilor.		Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 22	
	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	8	7.91	98.86%
Cerinta 01.06.01.04	Recomandari: Existența unei modalități de identificare a personalului, atât din punct de vedere al specialității acestuia cât și nominal; aceasta permite o mai bună comunicare cu pacienții precum și identificarea persoanelor cu abordări neadecvate.			
Indicator neconform 01.06.01.04.04	Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.		Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 2	
Cerinta 01.06.01.05	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.	6	6.00	100.00%
	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	4	3.85	96.15%
Cerinta 01.06.01.06	Recomandari: Pentru o bună informare a pacientului, în scopul evitării aglomerărilor din spațiile de primire, generatoare de disconfort și riscuri inutile pentru pacienți și personal, este recomandat ca serviciile medicale să fie comunicate public.			
Indicator neconform 01.06.01.06.01	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind serviciile medicale și patologiile tratate în spital.		Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 2	
Cerinta 01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	5	5.00	100.00%
Cerinta 01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	33	33.00	100.00%
Criteriul 01.06.02	Comunicarea internă răspunde nevoilor pacienților și ale spitalului.	46	10.00	21.74%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 01.06.02.01	Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.	13	0.00	0.00%
	Recomandari: - Identificarea nevoilor de comunicare profesională a specialiștilor din unitatea sanitară; - Stabilirea modalităților de comunicare între specialiști în vederea realizării abordării integrate, multidisciplinare a pacienților și pentru evitarea iatrogeniei de comunicare; - Îmbunătățirea și adaptarea comunicării între specialiști la dinamica activității unității sanitare.			
Indicator neconform 01.06.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare între membrii echipelor medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.01.02	Evaluarea implementării modului de comunicare interprofesională se face periodic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	16	5.00	31.25%
	Recomandari: identificarea situațiilor medicale care necesită comunicare specifică (situații critice/deosebite/exceptionale); - Stabilirea modalităților de comunicare între specialiști în situațiile care necesită comunicare specifică; - Îmbunătățirea și adaptarea comunicării specifice între specialiști la dinamica activității unității sanitare.			
Indicator neconform 01.06.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definite situațiile medicale care necesită comunicare specifică.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	17	5.00	29.41%
	Recomandari: Pentru a putea fi respectate regulile interne, spitalul trebuie să se asigure că acestea sunt aduse la cunoștința persoanelor vizate într-un mod adaptat nivelului de pregătire și de percepție a acestora.			
Indicator neconform 01.06.02.03.02	Număr pacienți care declară ca au fost informați cu privire la regulile de comportament în spital per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.03.05	Există protocol de comunicare cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.02.03.06	Comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.06.03	Comunicarea cu pacientul urmărește implicarea acestuia în procesul de îngrijire.	24	10.00	41.67%
Cerinta 01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	11	3.00	27.27%
	Recomandari: Adaptarea unității sanitare la particularitățile de comunicare ale pacienților internați în unitatea sanitară. Implicarea pacienților în procesul decizional cu privire la efectuarea manevrelor diagnostice și terapeutice, în vederea asigurării complianței acestora la acordarea serviciilor medicale;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.06.03.01.01	Număr de pacienți care răspund că li s-a explicat pe înțelesul lor planul terapeutic per număr de pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.03.01.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități internați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.03.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.	Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 14		
Cerinta 01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	13	7.00	53.85%
	Recomandari: Evaluarea periodică a eficacității comunicării, în vederea identificării disfuncționalităților și adoptării măsurilor de îmbunătățire care se impun.			
Indicator neconform 01.06.03.02.02	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.06.03.02.03	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 01.07

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.07	Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității	222	40.00	18.02%
Criteriul 01.07.01	Sistemul de management al calității vizează optimizarea continuă a proceselor de la nivelul organizației.	81	25.00	30.86%
Cerinta 01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	33	17.00	51.52%
	Recomandari: Asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului, prin crearea și funcționarea unei structuri specializate în managementul calității la nivelul unității sanitare, în conformitate cu legislația în vigoare.			
Indicator neconform 01.07.01.02.01	Responsabilul cu managementul calității serviciilor are calificări în domeniul calității.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.07.01.02.04	La nivelul conducerii spitalului există planul de management al calității, aprobat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.07.01.03	Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.	35	-2.00	0.00%
	Recomandari: -cunoașterea, punerea în aplicare și monitorizarea implementării reglementării privind autoevaluarea calității serviciilor; existența la nivelul structurii de management al calității a registrului procedurilor și protocoalelor utilizate și codificate unitar la nivelul unității sanitare; este necesară efectuarea unor analize periodice ale respectării procedurilor și protocoalelor de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate;			
Indicator	La nivelul spitalului există procedură cu privire la autoevaluarea calității		Nr. total aplicare: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 01.07.01.03.02	serviciilor.	Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.01.03.03	Există autoevaluări realizate pentru monitorizarea implementării managementului calității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.01.03.07	În planul de management al calității se regăesc obiectivele specifice îmbunătățirii calității din planul de management al spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.01.03.08	La nivelul SMC există analize periodice ale respectării procedurilor și protocoalelor de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.01.03.09	Structura de management al calității serviciilor întocmește și difuzează rapoarte anuale cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/procedurilor/protocoalelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	13	10.00	76.92%
	Recomandari: Este utilă nominalizarea la nivelul spitalului a personalului responsabil cu monitorizarea termenelor de menținere a certificatelor și actualizarea lor.			
Indicator neconform 01.07.01.04.02	Spitalul monitorizează condițiile de menținere a certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.07.02	Structura de management al calității (SMC) împreună cu conducerea spitalului asigură dezvoltarea culturii calității în spital.	22	6.00	27.27%
Cerinta 01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	7	3.00	42.86%
	Recomandari: Considerăm utilă implementarea și monitorizarea Codului de conduită existent la nivelul spitalului, care cuprinde principiile și valorile calității prevăzute în strategia de dezvoltare a spitalului.			
Indicator neconform 01.07.02.01.02	Consilierul de etică respectă planificarea activității de consiliere.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	15	3.00	20.00%
	Recomandari: În vederea implementării și dezvoltării culturii calității în spital, structura de management al calității ar trebui: să stabilească o planificare diferențiată, pe categorii de personal, a instruirilor acestuia în ceea ce privește asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului; -să se asigure de respectarea planificării menționate. De asemenea, considerăm că este utilă existența unui program de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/apartinătorii.			
Indicator neconform 01.07.02.02.02	Planificarea instruirilor privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului este respectată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.02.02.03	Spitalul are un program de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/apartinătorii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 01.07.03	Spitalul elaborează și implementează un plan de acțiuni privind asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților la nivelul întregului spital.	41	-13.00	0.00%
Cerinta 01.07.03.01	Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare. Recomandari: o reglementare în ceea ce privește colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare.	15	12.00	80.00%
Indicator neconform 01.07.03.01.02	La nivelul SMC este reglementată activitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.03.02	Planul de acțiuni pentru implementarea managementul calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității. Recomandari: Conducerea unității trebuie să asigure resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.	5	-5.00	0.00%
Indicator neconform 01.07.03.02.03	Conducerea spitalului asigură resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.03.03	SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților. Recomandari: Monitorizarea de către structura de management al calității a implementării planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților. Pentru acesta considerăm că este necesar ca la nivelul unității sanitare să fie: definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale; -elaborate rapoarte către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.	9	-20.00	0.00%
Indicator neconform 01.07.03.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.03.03.02	La nivelul spitalului este definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.03.03.04	Există raportare către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.03.04	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului. Recomandari: Adoptarea măsurilor de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului pe baza recomandărilor SMC. În acest sens, la nivelul unității sanitare considerăm că este necesar a fi nominalizați responsabilii cu îndeplinirea planurilor de măsuri pentru îmbunătățirea calității, planuri ce trebuie să conțină indicatori de monitorizare a îndeplinirii acestor măsuri.	12	0.00	0.00%
Indicator neconform 01.07.03.04.01	La nivelul spitalului sunt nominalizați responsabilii cu îndeplinirea planurilor de măsuri pentru îmbunătățirea calității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.07.03.04.02	Planurile de măsuri pentru îmbunătățirea calității conțin indicatori de monitorizare a îndeplinirii acestora.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.07.04	Spitalul urmărește creșterea nivelului de satisfacție a pacienților.	44	42.00	95.45%
Cerinta 01.07.04.01	Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.	13	13.00	100.00%
Cerinta 01.07.04.02	SMC analizează sistematic informațiile rezultate din prelucrarea chestionarelor și emite recomandări.	16	16.00	100.00%
Cerinta 01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	15	13.00	86.67%
	Recomandari: În vederea creșterii gradului de satisfacție al pacienților, la nivelul unității sanitare ar trebui să existe o reglementare a modului de gestionare a sugestiilor și reclamațiilor, care ulterior, trebuie analizate lunar			
Indicator neconform 01.07.04.03.02	Număr pacienți care declară că au fost informați cu privire la modalitatea de depunere a sugestiilor și reclamațiilor per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.07.05	Programul de îmbunătățire a calității prevede eficientizarea activității spitalului.	34	-20.00	0.00%
Cerinta 01.07.05.01	Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital.	14	0.00	0.00%
	Recomandari: Evaluarea la nivelul SMC a eficienței măsurilor propuse în Planul de acțiuni de asigurare și îmbunătățire a calității, pe baza unor indicatori stabiliți. În acest sens, considerăm că este necesar ca la nivelul SMC să existe o reglementare a modalității de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.			
Indicator neconform 01.07.05.01.01	La nivelul SMC sunt stabiliți indicatorii pe baza cărora se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.07.05.01.02	La nivelul SMC este reglementată modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.07.05.02	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.	20	-20.00	0.00%
	Recomandari: În vederea eficientizării proceselor din spital, SMC ar trebui să utilizeze rapoartele rezultate din analiza periodică a procedurilor/protocoalelor, pentru a stabili nivelul de îndeplinire al planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților; prin urmare, ar fi util ca SMC să elaboreze propuneri/măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor pe care le va prezenta Comitetului director și Consiliului medical.			
Indicator neconform 01.07.05.02.01	SMC prezintă la ședințele Comitetului director nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității, rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.07.05.02.02	SMC prezintă la ședințele Consiliului medical nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		

Standardul: 01.08

Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.08	Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional	505	179.53	35.55%
Criteriul 01.08.01	Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii.	53	24.00	45.28%
Cerinta 01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	12	6.00	50.00%
	Recomandari: Prevenirea evenimentelor indezirabile necesită indentificarea riscurilor la nivelul fiecărei structuri din spital. In acest scop se recomandă instruirea personalului și stabilirea de responsabilități privind managementul riscurilor.			
Indicator neconform 01.08.01.01.02	La nivelul spitalului există o decizie de nominalizare a responsabililor cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.08.01.01.03	Există rapoarte de activitate ale Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.08.01.02	Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție.	13	0.00	0.00%
	Recomandari: Elaborarea registrului riscurilor specifice la nivelul fiecărei structuri și a registrului riscurilor generale la nivel de spital, care constituie prima etapa în implementarea managementului riscurilor. Managerii de la toate nivelurile trebuie să aibă definit și modul de tratare a acestora și să urmărească permanent eficacitatea și eficiența măsurilor stabilite.			
Indicator neconform 01.08.01.02.01	Identificarea și înregistrarea riscurilor este reglementată la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.08.01.02.02	Comisia/Echipea de gestionare a riscurilor analizează anual modul de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 01.08.01.03	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate.	28	18.00	64.29%
	Recomandari:			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Îndeplinirea tuturor indicatorilor care definesc acesta cerință. Pentru efectuarea analizei este necesară colectarea în timp real a datelor pentru validarea acestora.			
Indicator neconform 01.08.01.03.03	La nivelul sectoarelor de activitate se calculează riscul rezidual după aplicarea modalităților de tratare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.01.03.05	Spitalul monitorizează implementarea măsurilor de diminuare a riscurilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 01.08.02	Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față de potențiale prejudicii.	376	152.53	40.57%
Cerinta 01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	206	42.91	20.83%
	Recomandari: Locurile cu potențial de risc fizic pentru persoane, pacienți, aparținători, vizitatori, personal medical etc, trebuie identificate și marcate astfel încât să se prevină apariția accidentelor. Aceeși atenție specială trebuie acordată situațiilor generatoare de risc, care trebuie identificate și pentru care trebuie stabilite modalitățile de prevenire a apariției și de limitare a efectelor în cazul în care, în pofida măsurilor de prevenție luate, ele se produc.			
Indicator neconform 01.08.02.01.06	Comunicarea între clădirile unui spital aflate în aceeași locație, se face cu păstrarea unui ambient constant, de confort termic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.07	Spațiul de așteptare UPU/CPU/cameră de gardă este separat delimitat de circuitul de acces al urgențelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.08	Circuitele de acces auto la UPU / CPU / CG sunt semnalizate pentru prevenirea accidentelor.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.12	Spitalul asigură spații de parcare pentru pacienți/aparținători semnalizate și luminate.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	Nr. total aplicare: 24 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 22		
Indicator neconform 01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târgi sau a unui pat mobil.	Nr. total aplicare: 23 Identificat neconform: 13		
Indicator neconform 01.08.02.01.20	Scările de evacuare sunt accesibile în orice moment și permit evacuarea persoanelor.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 6		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.01.21	Scările de evacuare sunt iluminate în caz de pană de curent.			Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 5
Indicator neconform 01.08.02.01.23	Spitalul are scări de evacuare externă, accesibile permanent din interior.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.			Nr. total aplicare: 27 Identificat neconform: 20
Indicator neconform 01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.			Nr. total aplicare: 30 Identificat neconform: 20
Indicator neconform 01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.			Nr. total aplicare: 28 Identificat neconform: 28
Indicator neconform 01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.			Nr. total aplicare: 28 Identificat neconform: 10
Indicator neconform 01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.			Nr. total aplicare: 28 Identificat neconform: 4
Indicator neconform 01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cârje, fotoliu rulant, targă.			Nr. total aplicare: 25 Identificat neconform: 5
Indicator neconform 01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.			Nr. total aplicare: 26 Identificat neconform: 6
Indicator neconform 01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)			Nr. total aplicare: 26 Identificat neconform: 6
Indicator neconform 01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.			Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 4
Indicator neconform 01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.			Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 15
Indicator neconform 01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.			Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.35	Ușile au sistem de confirmare a evacuării persoanelor din încăperi, în caz de necesitate.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.38	Paturile în salon sunt dispuse astfel încât să asigure accesul personalului medical și pacienților, inclusiv cu cărucior și targă.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1
Indicator	Paturile secțiilor sunt adaptate patologiei specifice.			Nr. total aplicare: 9

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 01.08.02.01.39				Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.40	Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.			Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.41	Fiecare pat are asigurată lumină artificială proprie.			Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 5
Indicator neconform 01.08.02.01.43	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.			Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 10
Indicator neconform 01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.			Nr. total aplicare: 24 Identificat neconform: 8
Indicator neconform 01.08.02.01.45	Saloanele au grup sanitar propriu.			Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 6
Indicator neconform 01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.			Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 16
Indicator neconform 01.08.02.01.48	Spitalul asigură paturi cu facilități de mobilizare a pacientului pentru a acoperi nevoile de îngrijire ale acestora.			Nr. total aplicare: 18 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.49	Toate paturile din secțiile de ATI, cardiologie, ortopedie, neurologie, recuperare au facilități de mobilizare a pacientului.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.50	Spitalul asigură sisteme de monitorizare individuală a pacientului, fixe sau mobile, la nivelul fiecărei secții.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 6
Indicator neconform 01.08.02.01.51	Structurile de terapie intensivă au rezervă de izolare cu grup sanitar propriu.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.53	Sistemul central de monitorizare al parametrilor biologici din structurile de terapie intensivă este funcțional.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.59	Există cabinet sau cabinete proprii de consultații în spitalizarea de zi.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.60	Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi pentru adulți și copii, după caz.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.61	Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi adaptată fluxului de pacienți.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3
Indicator neconform	Există grupuri sanitare proprii pentru pacienți în spitalizarea de zi.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.08.02.01.62				
Indicator neconform 01.08.02.01.63	Există grupuri sanitare proprii pentru personal în spitalizarea de zi.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.08.02.01.65	Bazinele de hidroterapie au asigurate echipamente de salvare, accesibile.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.66	La bazinele de hidroterapie, pentru siguranța pacienților, există personal cu pregătire în salvare de la înec.			Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 01.08.02.01.67	Bazinele de hidroterapie au sistem de supraveghere video.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.71	Zona de hidroterapie are elevatoare funcționale pentru pacienți.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.74	Ferestrele sălilor de operație sunt fixe.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.75	Filtre (de tip HEPA sau superior) sunt schimbate periodic.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.79	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.			Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 8
Indicator neconform 01.08.02.01.80	La nivelul spitalului este asigurat permanent accesul la două surse de apă pentru fiecare locație, după caz.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.82	Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.87	Există cel puțin un pat asigurat cu sursă de oxigen și de aspirație pentru fiecare secție.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.88	Numărul surse de oxigen și aspirație asigurat per număr paturi per secție/compartiment.			Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.90	Terapia intensivă și blocul operator au pardoseală antistatică.			Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.92	Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al structurii de terapie intensivă sunt reglementate.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.01.93	Vizitarea pacienților din structurile de terapie intensivă este reglementată.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.01.96	La garderoba există facilități funcționale pentru toaleta și după caz decontaminarea/deparazitarea pacientului.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 3		
Cerinta 01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	26	8.31	31.96%
Recomandari: Elaborarea procedurilor care asigură respectarea prevederilor legale privind managementul deșeurilor și stabilirea de responsabilități pentru îndeplinirea acestora.				
Indicator neconform 01.08.02.02.01	Colectarea diferențiată a deșeurilor este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale modului de colectare a deșeurilor.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 13		
Indicator neconform 01.08.02.02.06	Transportul deșeurilor este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	Nr. total aplicare: 29 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 01.08.02.02.09	Eliminarea deșeurilor este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.03	Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.	2	2.00	100.00%
Cerinta 01.08.02.04	Capacitatea și numărul lifturilor asigură volumul, tipurile și fluxurile de transport în spital.	5	3.50	70.00%
Recomandari: Este obligatorie existența lifturilor care să îndeplinescă condițiile necesare transportului pacienților, personalului, alimentelor, deșeurilor etc.				
Indicator neconform 01.08.02.04.02	Există minim două lifturi funcționale pentru transportul cu targa.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.08.02.04.05	Lifturile sunt prevăzute cu sistem funcțional de ventilare.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	32	17.67	55.23%
Recomandari: Măsurile de securitate adoptate la nivelul spitalului trebuie să aibă în vedere paza spațiilor, protecția și securitatea pacienților, personalului și bunurilor acestora.				
Indicator neconform 01.08.02.05.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform	Spațiile de depozitare a bunurilor personalului și pacienților au sisteme antifracție.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
01.08.02.05.02				
Indicator neconform 01.08.02.05.06	Este asigurată paza și securitatea spațiilor de depozitare a bunurilor la nivelul spitalului (echipamente, materiale etc).			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.05.07	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.			Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 12
Indicator neconform 01.08.02.05.08	Există persoană desemnată pentru însoțirea pacientului către garderobă.			Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.05.09	Garderoba este asigurată împotriva accesului necontrolat.			Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1
Cerinta 01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	17	3.00	17.65%
Indicator neconform 01.08.02.06.01	La nivelul spitalului există evidența spațiilor cu risc seismic.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.06.03	La nivelul spitalului există analize periodice ale evaluării stării infrastructurii clădirii / clădirilor din punct de vedere seismic.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 01.08.02.06.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea, repararea și înlocuirea instalațiilor și a echipamentelor.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 01.08.02.07	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	7	4.00	57.14%
Indicator neconform 01.08.02.07.01	La nivelul spitalului există persoane nominalizate cu reacția la incendiu.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	5	2.00	40.00%
Indicator neconform 01.08.02.08.03	Utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este reglementată la nivelul spitalului.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică. Recomandari: La nivelul spitalului trebuie reglementat modul de acțiune a personalului în situații deosebite și definite resursele utilizabile în aceste cazuri.	12	9.00	75.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.02.09.05	Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică sau biologică este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	0	0.00	N/A
Cerinta 01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	24	20.14	83.90%
	Recomandari: Elaborarea unui plan de acțiuni pentru satisfacerea cerinței în conformitate cu reglementările privind protecția muncii și riscurile specifice la care este expus personalul din spital.			
Indicator neconform 01.08.02.11.03	Accesul personalului în zonele cu risc de accidente de muncă este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 19		
Cerinta 01.08.02.12	Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizați prin decizie și instruiți.	23	23.00	100.00%
Cerinta 01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	12	12.00	100.00%
Cerinta 01.08.02.14	La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluări periodice ale modului de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor fizice și tehnologice.	5	5.00	100.00%
Criteriul 01.08.03	Modul de acțiune, responsabilitățile și rezerva de resurse utilizabile în caz de situații excepționale sunt organizate și reglementate pentru asigurarea funcționalității spitalului.	76	3.00	3.95%
Cerinta 01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	38	11.00	28.95%
	Recomandari: Pentru intervențiile în situații excepționale, pentru limitarea consecințelor acestora și asigurarea continuității activității, la nivelul spitalului trebuie să fie desemnate echipe de intervenție, a căror componență nominală este necesar să fie permanent actualizată, iar personalul să fie instruit periodic.			
Indicator neconform 01.08.03.01.02	Spitalul are nominalizate persoane responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/sau catastrofă și înlocuitori pentru aceștia.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.04	Sunt stabilite persoanele convocate pentru fiecare tip de situație cu risc, identificată - schema de alarmare pentru situații cu risc/urgente/catastrofe.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.05	Modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații, este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.06	Spitalul are planificată simularea/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.07	Procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.08.03.01.08	La nivelul spitalului sunt stabilite situațiile care impun evacuarea.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.09	Modul de evacuare și relocare al pacienților este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.10	Modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	29	-17.00	0.00%
	Recomandari: Pentru intervențiile în situații excepționale, pentru limitarea consecințelor acestora și asigurarea continuității activității, la nivelul spitalului trebuie să existe o rezervă de resurse care să poată fi utilizată în situații excepționale.			
Indicator neconform 01.08.03.02.01	La nivelul spitalului există un inventar al serviciilor și produselor critice în caz de dezastru natural și catastrofă.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.02.02	La nivelul spitalului există spațiu (spații) amenajat(e) ca depozit(e) pentru calamități.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.08.03.02.03	La nivelul depozitului pentru calamități există rezervă de paturi și pături suplimentare.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.08.03.02.04	La nivelul spitalului există lista și stocurile minime ale medicamentelor și materialelor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.08.03.02.05	Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.08.03.02.06	Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.08.03.03	Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și razboi.	9	9.00	100.00%

Standardul: 01.09

Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 01.09	Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale	253	106.32	42.02%
Criteriul 01.09.01	Organizarea mediului de îngrijire respectă condițiile privind capacitatea și competențele asumate ale spitalului.	201	59.22	29.46%
Cerinta 01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	13	4.22	32.48%
	Recomandari: În vederea îmbunătățirii calității serviciilor hoteliere și a particularizării acestora în funcție de pacient, unitatea sanitară ar trebui să asigure: - condiții pentru spălarea și/sau dezinfecția mâinilor la intrarea, respectiv ieșirea în/din fiecare salon; -un sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar, -sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat; -paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologii care necesită această evaluare. Implementarea acestor măsuri asigură un climat de susținere cu influențe asupra capacității de recuperare a unui pacient.			
Indicator neconform 01.09.01.01.02	Există condiții pentru spălarea/dezinfecția mâinilor la intrare/ieșire pentru fiecare salon.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 7
Indicator neconform 01.09.01.01.03	Există sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 5
Indicator neconform 01.09.01.01.04	Spitalul asigură un sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 4
Indicator neconform 01.09.01.01.05	Spitalul asigură paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologii care necesită această evaluare.			Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3
Indicator neconform 01.09.01.01.06	Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi în spital.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 01.09.01.01.07	Număr paturi-cântar per numar total de paturi în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.01.08	Număr saloane cu mai mult de patru paturi per număr total saloane.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate. Recomandari: Implementarea reglementării în ceea ce privește modul de respectare a demnității și intimității pacientului pe parcursul desfășurării examinărilor, consultațiilor și tratamentelor medicale și chirurgicale.	4	0.71	17.65%
Indicator neconform 01.09.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de respectare a intimității pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.02.02	La nivelul secțiilor și spațiilor comune există grupuri sanitare pentru vizitatori.	Nr. total aplicare: 17 Identificat neconform: 5		
Cerinta 01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor. Recomandari: Organizarea transportului de pacienți, cu respectarea reglementărilor existente la nivelul unității sanitare, adaptate fiecărui serviciu, prin: - existența circuitelor și mijloacelor de transport, cu destinații specifice, adecvate din toate punctele de vedere și în număr suficient pentru orice situație; - dotarea cu brancarde și fotolii rulante prevăzute cu sisteme de siguranță, de asigurare a integrității fizice pe timpul transportului pacientului, atât în zona primirii pacienților, cât și la nivelul secțiilor/compartimentelor; - existența unei persoane desemnate care însoțește pacientul în timpul deplasărilor acestuia în interiorul spitalului, pentru efectuarea investigațiilor.	26	13.77	52.97%
Indicator neconform 01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 5		
Indicator neconform 01.09.01.03.03	Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.03.04	Circuitul pacienților, în blocul operator/sala de nașteri este reglementat.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.09.01.03.06	În zona de internare există mijloace de transport al pacienților netransportabili (carucioare, targi)	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.09.01.03.07	Pe secție există mijloace de transport al pacienților netransportabili (cărucioare, targi).	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 4		
Indicator neconform 01.09.01.03.08	La nivelul secției există brancardier angajat pentru însoțirea/transportul pacienților internați pentru efectuarea investigațiilor.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 8		
Cerinta 01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	18	4.12	22.87%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: Asigurarea curățeniei spațiilor instituției și echipamentelor aferente, prin punerea în aplicare a procedurilor specifice și evidențierea responsabilităților privind asigurarea curățeniei în fișele de post. Considerăm că sunt necesare următoarele activități: -Igienizarea pentru echipamente și instalații trebuie efectuată respectând un program de igienizare,			
Indicator neconform 01.09.01.04.04	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	Nr. total aplicare: 20 Identificat neconform: 19		
Indicator neconform 01.09.01.04.05	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.04.06	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 7		
Indicator neconform 01.09.01.04.07	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face cel puțin de 2 ori pe zi per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.04.08	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face de câte ori este necesar pe zi per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
	Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.	11	5.33	48.48%
Cerinta 01.09.01.05	Recomandari: Asigurarea și asumarea calității sterilizării la nivelul unității sanitare și definirea circuitelor sterilizării, prin: -implementarea reglementării privind modul de desfășurare al sterilizării; -adoptarea măsurilor necesare pentru prevenirea contaminării personalului; serviciului de sterilizare, respectiv utilizarea echipamentului de protecție -existența nomenclatorului cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de reesterilizări admisibile pentru fiecare			
Indicator neconform 01.09.01.05.01	La nivelul structurii este reglementat modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 01.09.01.05.04	La nivelul structurii există nomenclator cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de reesterilizări admisibile pentru fiecare.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	24	8.00	33.33%
Cerinta 01.09.01.06	Recomandari: Îngrijirea individualizată a pacientului în condiții de siguranță, prin asigurarea alimentației adaptate patologiei pentru care s-a internat acesta, patologiei asociate, stărilor fiziologice particulare sau preferințelor rezultate ca o consecință a convingerilor religioase etc.			
Indicator neconform 01.09.01.06.01	Dieta zilnică recomandată pacientului și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.06.03	Sunt asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacient.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 8		
Indicator	La nivelul spitalului alimentația pe sondă/stomă/parenterală este	Nr. total aplicare: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 01.09.01.06.06	reglementată.	Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului. Recomandari: Implementarea reglementării privind controlul calității hranei (organoleptic, cantitativ, calitativ);	25	-5.00	0.00%
Indicator neconform 01.09.01.07.02	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de monitorizare a respectării condițiilor de depozitare a alimentelor și materiilor prime necesare preparării hranei.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.03	La nivelul spitalului controlul calității hranei este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.06	La nivelul spitalului igienizarea și dezinfectia spațiilor serviciului de bucătărie sunt reglementate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.08	Serviciul de furnizare a hranei are definite meniuri și rețetare realizate în funcție de patologie și avizate de către dietetician.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.09	Întreg personalul serviciului de bucătărie are carnet de sănătate vizat în termen.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.10	Triajul personalului din serviciul de bucătărie este efectuat de persoană desemnată și consemnat la intrarea în fiecare tură.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 01.09.01.07.11	La nivelul spitalului există planificarea mentenanței echipamentelor din serviciul de bucătărie.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă. Recomandari: Asigurarea circuitelor la nivelul blocului alimentar cu respectarea regulilor de igienă mijloace de transport dedicate pentru transportul alimentelor, care să asigure menținerea temperaturii acestora; personal nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți	16	9.89	61.84%
Indicator neconform 01.09.01.08.03	Transportul alimentelor pe secție se face cu mijloace de transport dedicate, care asigura mentinerea temperaturii acestora.	Nr. total aplicare: 17 Identificat neconform: 12		
Indicator neconform 01.09.01.08.04	La nivelul secției există personal nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienții.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 8		
Indicator neconform 01.09.01.08.05	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de servire a mesei la patul pacientului.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 9		
Cerinta 01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical. Recomandari: Implementarea reglementărilor privind calitatea, igiena și circuitul lenjeriei, prin:	47	11.17	23.77%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	- evaluarea constantă a calității tratamentului lenjeriei și efectelor; definirea la nivelul unității sanitare a indicatorilor de monitorizare a calității spălării lenjeriei și efectelor pentru pacienți, aparținători și personal medical; -asigurarea și respectarea la nivelul serviciului de spălătorie din cadrul unității sanitare a circuitelor separate pentru lenjerie și efecte curate și murdare; -asigurarea echipamentului de spital pentru pacienți (pijama, halat, papuci).			
Indicator neconform 01.09.01.09.01	La nivelul spitalului sunt definiți indicatorii de monitorizare a calității spălării lenjeriei și efectelor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.09.01.09.02	Gestionarea lenjeriei și efectelor pacienților și personalului este reglementată.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.09.01.09.03	În cadrul reglementării cu privire la modul de gestionare a lenjeriei sunt menționate persoanele și responsabilitățile pentru monitorizarea calității spălării lenjeriei și efectelor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.09.01.09.04	Efectele proprii ale pacienților sunt spalate de către spital la externarea acestora.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.		Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 01.09.01.09.07	Manipularea, spălarea și dezinfecția lavetelor de curățenie este reglementată la nivelul spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 01.09.01.09.08	Pacientului i se poate pune la dispozitie echipament de spital - pijama.		Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 01.09.01.09.09	Pacientului i se poate pune la dispozitie echipament de spital - halat.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 6	
Indicator neconform 01.09.01.09.10	Pacientului i se poate pune la dispozitie echipament de spital - papuci.		Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 7	
Cerinta 01.09.01.10	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.	17	7.00	41.18%
	Recomandari: utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene;			
Indicator neconform 01.09.01.10.02	Serviciul de spălătorie este dotat cu utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Criteriul 01.09.02	Mediul de îngrijire este evaluat și adaptat permanent la necesitățile asistenței medicale.	52	47.11	90.59%
Cerinta 01.09.02.01	Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.	16	16.00	100.00%
Cerinta 01.09.02.02	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație.	11	11.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 01.09.02.03	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie.	14	11.00	78.57%
	Recomandari: Monitorizarea și îmbunătățirea constantă a serviciului de spălătorie luând în considerare analiza datelor colectate din : -chestionarele de satisfacție ale pacienților, -sesizările/plângerile pacienților și/sau personalului privind calitatea lenjeriei și a efectelor. Înlocuirea periodică a lenjeriei și a efectelor, precum și utilizarea lenjeriei de unică folosință este necesară pentru păstrarea unei igiene corespunzătoare și, implicit, pentru prevenirea riscului de apariție a infecțiilor asociate asistenței medicale.			
Indicator neconform 01.09.02.03.03	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de scoatere din uz și reînnoire a lenjeriei și efectelor uzate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	11	9.11	82.78%
	Recomandari: Crearea unui mediu ambiant corespunzător atât în interiorul, cât și în exteriorul unității sanitare, prin asigurarea: -unei temperaturi ambientale corespunzătoare, monitorizată și consemnată în funcție de specificul serviciului, - de scaune, fotolii, canapele sau bănci în toate spațiile de așteptare, -spațiilor de recreere pentru pacienți. Accesul în spital, secții, saloane, băi, precum și mobilierul sau băile adaptate particularităților pacienților sau facilitățile de recreere contribuie la confortul perceput de pacient sau aparținători.			
Indicator neconform 01.09.02.04.01	Spitalul asigură spații de recreere pentru pacienți.	Nr. total aplicare: 19 Identificat neconform: 4		

4.2 Referința 02 - Managementul clinic

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

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

Obiectivele majore ale referinței sunt:

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

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

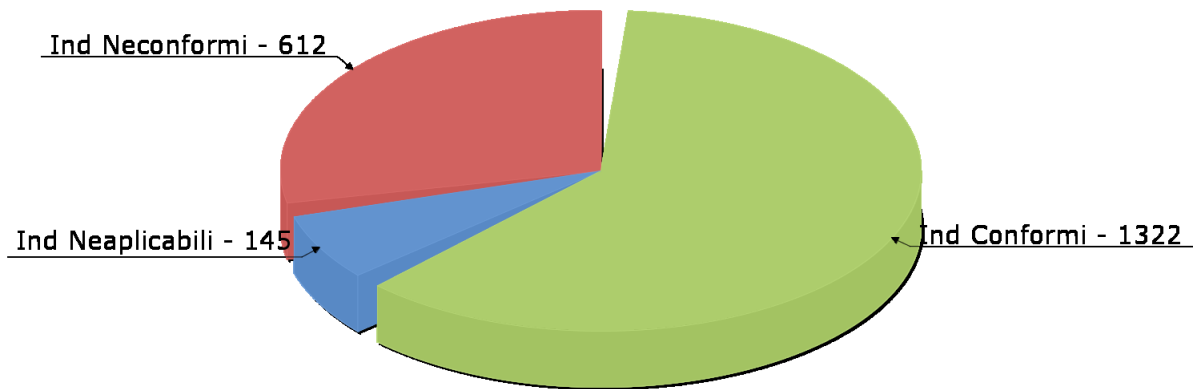
Punctaj obținut Referința 02 - 55.67%

În cadrul Referinței 02 au fost supuși analizei 2079 indicatori, fiind identificați:

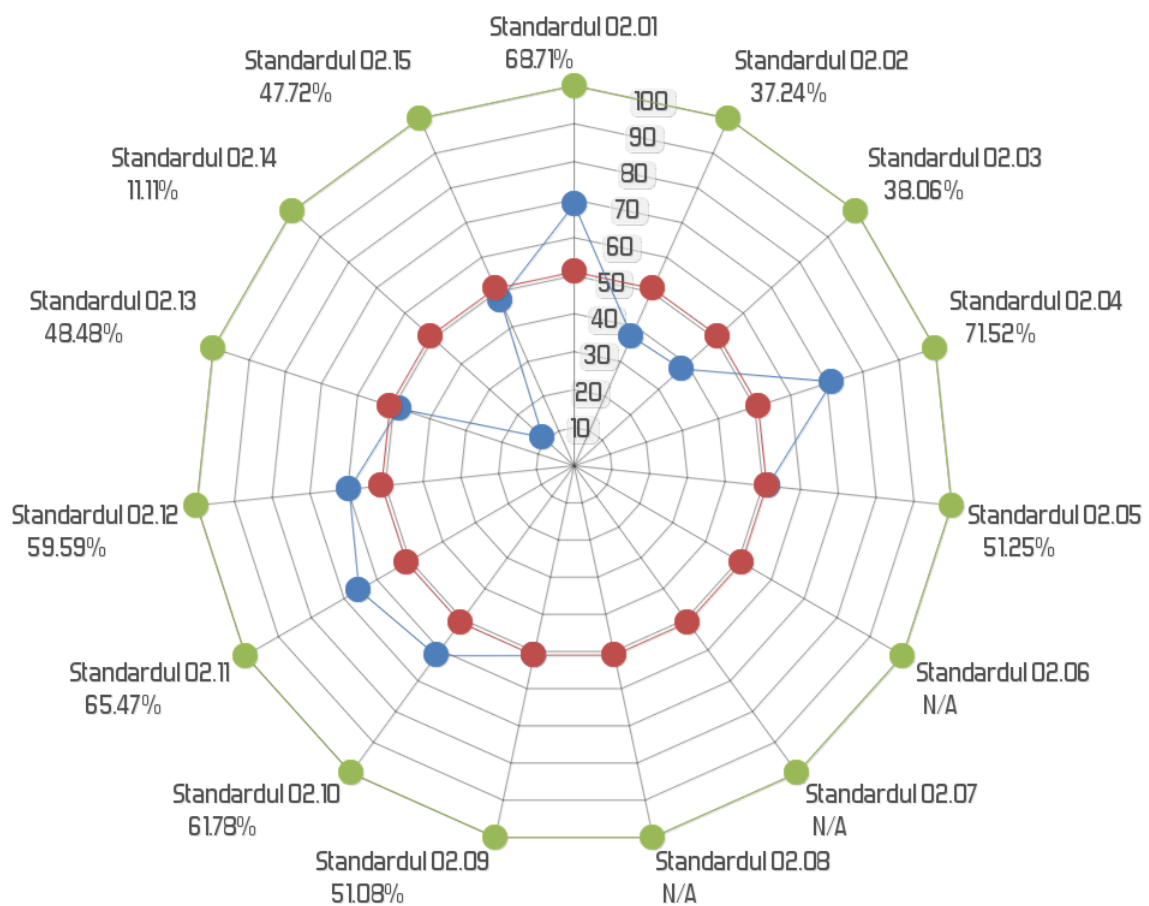
indicatori conformi	1322
indicatori neconformi	612
indicatori neaplicabili	145

obținând **1,280.90 puncte** din **2301 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **55.67%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Managementul clinic



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 02



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

Standardul: 02.01

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.01	Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului	315	216.44	68.71%
Criteriul 02.01.01	Spitalul și-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional.	38	4.00	10.53%
Cerinta 02.01.01.01	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiile specifice.	24	0.00	0.00%
	Recomandari: În grupurile populaționale intră: copiii, vârstnicii, gravidele, bolnavii psihici etc care necesită condiții specifice de îngrijire, indiferent de patologie. -Cunoașterea prevalenței acestor categorii de persoane; -Analiza posibilităților spitalului de a satisface nevoile specifice fiecărei categorii și adoptarea de măsuri pentru conformare.			
Indicator neconform 02.01.01.01.01	La nivelul spitalului există analiza posibilităților cerințe speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.01.01.01.02	La nivelul spitalului există analiza resurselor disponibile pentru a oferi servicii medicale posibilităților cerințe speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.01.01.01.03	Există analize periodice ale resurselor necesare pentru menținerea sau îmbunătățirea gradului de competență al spitalului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.01.01.02	Spitalul a identificat patologii pentru care dispune de resurse.	14	4.00	28.57%
	Recomandari: Evaluarea posibilității de creștere a nivelului de competență pe baza dezvoltării resurselor			
Indicator neconform 02.01.01.02.03	Există raport anual al Consiliului medical privind actualizarea nivelului de competență al spitalului.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Criteriul 02.01.02	Preluarea în îngrijire a pacienților este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora.	37	31.00	83.78%
Cerinta 02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	19	18.00	94.74%
	Recomandari: -Pentru o programare eficientă este necesar stabilirea unui set minim de date clinico-biologice și modalitățile de colectare a acestuia în funcție de modul de programare;			
Indicator neconform 02.01.02.01.03	La nivelul spitalului există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programarea consultațiilor.			Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1
Cerinta 02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	18	13.00	72.22%
	Recomandari: Pentru a putea acorda cu prioritate asistența medicală în urgență, sistemul de programare a pacienților trebuie să țină cont de rezervarea resurselor necesare acestei activități.			
Indicator neconform 02.01.02.02.03	La nivelul spitalului este reglementată distribuția personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.			Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12
Criteriul 02.01.03	Spitalul are organizat serviciul de urgențe medicale.	154	101.10	65.65%
Cerinta 02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	42	-4.90	0.00%
	Recomandari: Existența unui număr minim de paturi destinat internării urgențelor stabilit în funcție de rata medie lunară a acestora. Trimestrial să se efectueze simulări de intervenție în diferite situații de urgență medicală. Îndeplinirea acestei cerințe TREBUIE SĂ CONSTITUIE O PRIORITATE pentru spital având în vedere riscul asociat incapacității intervenției în astfel de cazuri.			
Indicator neconform 02.01.03.01.01	La nivelul secției există un număr minim de paturi destinat internării urgențelor stabilit în funcție de rata medie lunară a acestora.			Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.			Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 9
Indicator neconform 02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.			Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 10
Indicator neconform 02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.			Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 6

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.01.03.01.12	Există analiză a timpului și modalității de răspuns la situațiile interne care necesită asistență medicală de urgență.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.01.13	Există dovada cerificării/recertificării, pentru "Suport avansat al vieții"(ALS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii care desfășoară activitate în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.01.03.01.14	Există dovada cerificării/recertificării, pentru "Suport vital de bază"(BLS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii, asistenții medicali, infirmiere, personal auxiliar medical, personal nemedical, care desfășoară activitate în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficace și eficient. Recomandari: Managementul spitalului trebuie să monitorizeze continuu respectarea condițiilor de funcționare a unităților de primire urgență și să adopte măsuri în consecință.	112	106.00	94.64%
Indicator neconform 02.01.03.03.06	La nivelul UPU/CPU/camerei de gardă există evidența actualizată a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.01.04	Spitalul asigură servicii adaptate și pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale sau manifestări agresive.	61	55.33	90.71%
Cerinta 02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare. Recomandari: Cerinta vizează respectarea principiului non-discriminării și asigurarea unei evaluări corecte și complete a pacientului în vederea preluării în îngrijire a acestuia. Îndeplinirea acestei cerințe constituie o prioritate pentru managementul spitalului	45	40.00	88.89%
Indicator neconform 02.01.04.01.08	Condițiile de spațiu și circuitele pentru preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților permit accesul pacienților cu dizabilități.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 5		
Cerinta 02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive. Recomandari: În vederea asigurării securității și protecției pacienților, angajaților și bunurilor, spitalul trebuie să aibă reglementat și implementat modul de abordare a pacienților cu manifestări agresive, în toate structurile de asistență medicală.	16	15.33	95.83%
Indicator neconform 02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	Nr. total aplicare: 21 Identificat neconform: 14		
Criteriul 02.01.05	Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu secții de psihiatrie asigură servicii adaptate pacienților psihiatrici.	25	25.00	100.00%
Cerinta 02.01.05.01	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează intemarea nevoluntară a pacientului psihiatric.	2	2.00	100.00%
Cerinta	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează intemarea	0	0.00	N/A

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
02.01.05.02	pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice.			
Cerinta 02.01.05.03	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.01.05.04	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.	23	23.00	100.00%
Cerinta 02.01.05.05	Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.02

Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.02	Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia	128	47.67	37.24%
Criteriul 02.02.01	Procesul de evaluare a nevoilor pacientului, în vederea stabilirii modalității de rezolvare a cazului, este bine definit la nivelul spitalului.	56	19.67	35.12%
Cerinta 02.02.01.01	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.	40	9.67	24.17%
	<p>Recomandari: Se recomandă îndeplinirea acestei cerințe având în vedere următoarele:</p> <p>Evaluarea stării inițiale a pacientului permite medicului să decidă dacă dispune de resursele necesare pentru a prelua pacientul în îngrijire sau, dacă patologia acestuia, depășește competența spitalului, îl poate orienta către alt serviciu medical. Absența unei evaluări inițiale este în detrimentul pacientului și spitalului deoarece există posibilitatea preluării de cazuri care depășesc competența spitalului. Deasemenea alegerea greșită a modalității de rezolvare a cazului (în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă) poate reprezenta un risc pentru pacient (acesta să nu primească tipul de îngrijire necesar sau întârzierea primirii serviciului medical) sau pentru spital (când se internează pacienți care pot fi tratați în ambulatoriu sau spitalizarea de zi, risc financiar).</p>			
Indicator neconform 02.02.01.01.01	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de evaluare inițială și preluare a pacientului în regim de ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continuă.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.02.01.01.02	Evaluarea pacienților din punct de vedere al riscului infecțios individual, parte a evaluării inițiale, este consemnată în documentele medicale.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.02.01.01.03	În FO sunt consemnate particularitățile imediate de îngrijire.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.01.01.04	Igienizarea generală și, după caz, locală, a pacienților este reglementată.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11		
Indicator neconform 02.02.01.01.08	În FO este consemnata evaluarea inițială care precizează, după caz și riscurile pe care le prezintă pacientul (risc de cadere, agresivitate, infecțios)	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 02.02.01.01.09	În FO sunt consemnate sunt consemnate nevoile speciale ale pacienților sau, după caz, absența lor.	Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 4		
Cerinta 02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	11	5.00	45.45%
	Recomandari: Orientarea pacienților către alte servicii medicale este importantă deoarece asigură pacientului accesul la serviciile medicale de care acesta are nevoie, în cazul depășirii competențelor spitalului. Existența unor protocoale de coborare, pentru preluarea pacienților, este esențială deoarece se reduce timpul în care pacientul poate primi îngrijirile necesare. Absența acestora poate duce la întâzieri, pentru pacient, în inițierea tratamentului prin "plimbarea" acestuia pe la mai multe unități sanitare, până în momentul în care acesta este preluat (de exemplu: pacienți plimbați de la un spital la altul, care apoi au decedat pe drum sau în unitatea sanitară care i-a primit)			
Indicator neconform 02.02.01.02.01	Există evidența patologiilor și a potențialelor nevoi speciale ale pacienților care depășesc nivelul de competență al spitalului.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 3		
Cerinta 02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	5	5.00	100.00%
Criteriul 02.02.02	Evaluarea inițială a pacientului include factorii psihocomportamentali și socioeconomiци pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	72	28.00	38.89%
Cerinta 02.02.02.01	Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.	23	23.00	100.00%
Cerinta 02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	17	5.00	29.41%
	Recomandari: În elaborarea traseului este necesar să se țină cont de profilul psihocomportamental și socioeconomic stabilit de către psihologul/asistentul social pentru asigurarea confortului psihic al pacientului și evitarea discriminării de natura socială. Se recomandă ca pe baza particularităților evidențiate în FO și a recomandărilor scrise de la psiholog/asistentul social să se analizeze periodic aceste cazuri speciale pentru îmbunătățirea modalității de abordare a acestei categorii de pacienți.			
Indicator neconform 02.02.02.02.02	Particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, sunt înscrise în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.02.02.03	Planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator	Există analiza semestrială a cazurilor cu particularități	Nr. total aplicare: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 02.02.02.02.04	psihocomportamentale și socioeconomice și măsuri adoptate în consecință.	Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	32	0.00	0.00%
	Recomandari: Pregătirea personalului medical pentru identificarea corectă a durerii, evaluarea acesteia pe bază de scoruri și aplicarea corectă a protocoalelor pentru terapia durerii. Evaluarea periodică a respectării protocoalelor privind terapia durerii pentru adoptarea măsurilor de îmbunătățire. Identificarea greșită sau evaluarea incorectă a durerii poate avea serioase repercursiuni în cazurile de adicție de medicamente sau droguri, în cazul copiilor unde gradul durerii este greu de stabilit sau în cazul vâstnicilor unde durerea este tolerată și reprezintă un simptom constant, indiferent de patologie (tratamentul durerii fiind de multe ori dificil din cauza multitudinii de alte tratamente prescrise).			
Indicator neconform 02.02.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 14		
Indicator neconform 02.02.02.03.02	Spitalul are elaborate protocoale pentru terapia durerii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.02.03.03	Farmacistul clinician este implicat în elaborarea protocoalelor pentru terapia durerii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.02.02.03.04	La nivelul spitalului există analize semestriale a cazurilor care au necesitat management al durerii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.03

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.03	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale	270	102.77	38.06%
Criteriul 02.03.01	Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	82	14.02	17.09%
Cerinta 02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificării stabilite de către medicul curant.	13	8.00	61.54%
	Recomandari: Consemnarea Planului de management al cazului în FO;			
Indicator neconform 02.03.01.01.01	Planul de management al cazului (etapele de diagnostic și tratament) este consemnat în FO.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.03.01.02	Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.	9	5.18	57.58%
	Recomandari: La nivelul fiecărei structuri medicale se identifică patologiile și intervențiile pentru care se justifică elaborarea unui protocol de diagnostic și/sau de tratament.			
Indicator neconform 02.03.01.02.02	Protocoalele de diagnostic și tratament cuprind referințele bibliografice care au stat la baza elaborării lor.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 7	
Indicator neconform 02.03.01.02.03	Protocoalele de diagnostic și tratament conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 7	
Cerinta 02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	20	-10.00	0.00%
	Recomandari: Abaterile de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt deseori inerente ca urmare a faptului că fiecare pacient prezintă particularități (comorbidități prezente, alergii etc.) și trebuie motivate în FO. Se recomandă analiza cauzelor acestor abateri pe baza unei proceduri definite la nivelul unității sanitare; riscul de abatere de la protocoalele terapeutice trebuie analizat în vederea recomandării unor practici unitare dar care să permită adaptarea în funcție de specificul fiecărui pacient			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.03.01.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.01.03.02	La nivelul secției există analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12		
Cerinta 02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	20	0.83	4.17%
	Recomandari: -Colectarea în timp real a datelor necesare calculării indicatorilor clinici de eficacitate și eficiență; -Stabilirea periodicității de analiză a indicatorilor clinici și a incidenței abaterilor de la recomandările protocoalelor; -Datele rezultate din evaluările periodice vor fi utilizate în îmbunătățirea protocoalelor. Lipsa analizei protocoalelor de diagnostic și tratament implică riscul de scadere a eficienței și eficacității atât din punct de vedere medical dar și din punct de vedere al costurilor pe caz rezolvat.			
Indicator neconform 02.03.01.04.01	Spitalul are definit setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.01.04.02	La nivelul secției există analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 11		
Cerinta 02.03.01.05	Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.	20	10.00	50.00%
	Recomandari: Înființarea unui grup de lucru cu atribuții în analiza protocoalelor de diagnostic și tratament urmată de modificarea și/sau completarea corespunzătoare a acestora.			
Indicator neconform 02.03.01.05.01	Există analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.03.02	Abordarea integrată a pacientului este o uzanță a practicii medicale.	67	32.78	48.93%
Cerinta 02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	17	13.58	79.90%
	Recomandari: Spitalul stabilește bolile/ grupele de boli care necesită o abordare multi- sau interdisciplinară; pentru aceste categorii de boli se stabilește traseul clinic;			
Indicator neconform 02.03.02.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.02.01.06	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de asigurare a consultului psihiatric în caz de necesitate prin serviciu propriu de psihiatrie sau psihiatru de proximitate.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.02.02	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO).	8	0.00	0.00%
	Recomandari: - Stabilirea informațiilor necesar a fi consemnate în foaia de observație cu privire la motivarea solicitărilor de consulturi interdisciplinare;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	- Monitorizarea consemnării în timp real a informațiilor privind solicitările consultului interdisciplinar. Pentru evitarea acordării de servicii nejustificate și totodată asigurarea trasabilității actului medical, trebuie ca spitalul să se preocupe de înregistrarea în FO a fundamentării medicale a solicitărilor de consulturi interdisciplinare.			
Indicator neconform 02.03.02.02.01	Fundamentarea medicală a consultului interdisciplinar este consemnată în FO.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.02.02.02	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.03.02.03	A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale. Recomandari: Asigurarea respectării prevederilor legale în vigoare cu privire la dreptul de a solicita o a doua opinie medicală; - Asigurarea informării pacienților cu privire la modalitatea de solicitare a unei "a doua opinii medicale"; - Monitorizarea desfășurării solicitărilor și eventualelor disfuncționalități identificate în cazurile de solicitare a unei "a doua opinii medicale"; - Datele rezultate din evaluările periodice vor fi utilizate în îmbunătățirea modalității de solicitare a unei "a doua opinii medicale".	10	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.03.02.03.01	La nivelul spitalului există o reglementare cu privire la modul în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală".		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.03.02.03.02	La nivelul spitalului există o reglementare cu privire la modul în care specialiștii externi instituției pot fi solicitați și pot exprima "a doua opinie medicală".		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR). Recomandari: Elaborarea unui protocol de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi, care să includă: alte determinări paraclinice corespunzător pacienților diagnosticați cu afecțiuni cu implicații asupra funcției renale (DZ/ ...HTA) rice pacient cu suspiciune de BCR necesită consult al medicului nefrolog fie direct, corespunzător unui protocol de colaborare, fie prin intermediul medicului de familie. Depistarea în stadii inițiale a BCR permite intervenția asupra factorilor de progresie modificabili cu reducerea ratei de declin a funcției renale și pregătirea corespunzătoare, în timp optim, a pacientului în vederea supleerii funcției renale.	32	19.20	60.00%
Indicator neconform 02.03.02.04.05	În protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urina din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, a		Nr. total aplicare: 5 Identificat neconform: 3	
Indicator neconform 02.03.02.04.06	Există procedură de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de către medicul nefrolog.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 02.03.02.04.07	Scrisorile medicale pentru pacienții externați cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată conțin indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	(RFG).			
Indicator neconform 02.03.02.04.09	Numărul FO cu creatinina serică determinată per numărul FO verificate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.02.04.10	Numărul pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) care au consemnat în FO raportul albumină (proteine)/creatinină în urină per număr FO verificate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.02.05	Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.03.03	Spitalul asigură continuitatea actului medical ulterior evaluării inițiale.	36	23.18	64.39%
Cerinta 02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	30	17.18	57.27%
	Recomandari: Asigurarea serviciilor de suport necesare continuității asistenței medicale Asigurarea în cadrul unității sanitare a condițiilor necesare continuității asistenței medicale;			
Indicator neconform 02.03.03.01.02	Spitalul stabilește criteriile de priorizare a intervențiilor chirurgicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.03.01.03	Serviciul de gardă este asigurat, pentru fiecare secție cu paturi a spitalului.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 3		
Indicator neconform 02.03.03.01.05	Personalul medical utilizează criteriile de evaluare pentru identificarea nevoii de îngrijiri paliative.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11		
Cerinta 02.03.03.02	Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.	6	6.00	100.00%
Criteriul 02.03.04	Planul de îngrijire a pacientului este parte integrantă din managementul cazului.	56	18.36	32.79%
Cerinta 02.03.04.01	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.	20	15.00	75.00%
	Recomandari: Reglementarea modului de elaborare a planului de îngrijiri adaptat specialității;			
Indicator neconform 02.03.04.01.02	În planul de îngrijire este înregistrat scorul de dependență specific cazului îngrijit.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.01.03	Planul de îngrijire al pacientului are precizate sarcinile specifice fiecărei persoane în funcție de competență.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.02	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.	11	2.73	24.79%
	Recomandari: Medicul curant verifică în timp real măsura în care recomandările medicale se regăsesc în planul de îngrijiri întocmit de asistent, respectiv consemnarea posologiei medicației, a măsurilor de prevenire a apariției unor complicații, hidratarea, regimul igienic-dietetic etc; - Analiza periodică a modalității de întocmire a planului de tratament pentru fiecare asistent medical cu elaborarea și aplicarea măsurilor de prevenire a repetării erorilor constatate.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.03.04.02.01	La nivelul secției există analize semestriale ale modului de utilizare a planului de îngrijiri.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 10		
Indicator neconform 02.03.04.02.02	Planul de îngrijire are mențiuni referitoare la nevoilor spirituale, religioase și culturale, ale pacientului.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului. Recomandari: Consemnarea îndeplinirii obiectivelor de îngrijire în concordanță cu evoluția pacientului; - Verificarea concordanței dintre tratamentul prescris și administrarea acestuia.	4	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.03.04.03.01	Evoluția pacienților este consemnată în planul de îngrijire.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.03.02	Ora la care se administrează efectiv tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.04	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/apartinătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare. Recomandari: Documentele medicale de externare ale pacientului trebuie să conțină informații cu privire la descrierea planului de îngrijiri, precum și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor; - Personalul medical trebuie să se asigure că pacientul / aparținătorii au înțeles recomandările pentru perioada consecutivă externării.	8	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.03.04.04.01	Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.04.04.02	Număr de pacienți care răspund că li s-a explicat pe înțeles planul de îngrijiri per număr de pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.03.04.05	Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului. Recomandari: Estimarea numărului mediu de personal medical de îngrijire în funcție de planurile de îngrijire a pacienților internați - scorul de dependență al fiecărui pacient; - Asigurarea personalului medical de îngrijire conform estimării efectuate. Neacordarea îngrijirilor necesare ca timp și resurse crește riscul complicațiilor.	13	0.64	4.90%
Indicator neconform 02.03.04.05.01	La nivelul secției, determinarea necesarului de personal de îngrijire se face ținând cont de scorul de dependență al pacienților.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 10		
Indicator neconform 02.03.04.05.02	Numărul de pacienți alocat pentru îngrijire fiecărui asistent medical se face în funcție de timpul necesar îngrijirii acestora.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11		
Indicator neconform	Număr personal medical de îngrijire existent per număr personal medical necesar estimat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
02.03.04.05.03				
Criteriul 02.03.05	Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real și evitând redundanțele, accesul la acestea fiind reglementat.	29	14.43	49.75%
Cerinta 02.03.05.01	Spitalul stabilește datele necesare a fi culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.	13	13.00	100.00%
Cerinta 02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității. Recomandari: Colectarea în timp real a datelor privind îngrijirile acordate; - Stabilirea periodicității de analiză a modului de completare a datelor privind îngrijirile acordate; - Utilizarea rezultatelor evaluărilor periodice pentru îmbunătățirea modalității de completare a datelor privind îngrijirile acordate.	16	1.43	8.93%
Indicator neconform 02.03.05.02.01	La nivelul secției există analize periodice a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie - datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/ consulturi/investigații etc.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11		
Indicator neconform 02.03.05.02.02	Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.05.02.03	În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.05.02.04	Înregistrările din FO/planul de îngrijiri/documente medicale sunt scrise lizibil.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.03.05.02.05	În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 2		

Standardul: 02.04

Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului"

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.04	Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului"	158	113.00	71.52%
Criteriul 02.04.01	Spitalul a adoptat o politică de promovare a alimentației la sân în secțiile de neonatologie.	59	34.00	57.63%
Cerinta 02.04.01.01	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.	19	19.00	100.00%
Cerinta 02.04.01.02	Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării. Recomandari: Informarea și consilierea mamelor cu privire la alimentația copilului și beneficiile alimentației la sân din timpul internării sau după caz, după externarea acestora.	8	3.00	37.50%
Indicator neconform 02.04.01.02.02	Există protocol implementat privind consilierea mamelor HIV-pozitive în legătură cu alimentația copilului, la nivelul maternității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.04.01.03	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.	12	12.00	100.00%
Cerinta 02.04.01.04	Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării. Recomandari: Asigurarea accesului la rezerve în sistem "rooming in" pentru monitorizarea și facilitarea alimentației la sân. Sistemul "rooming in" contribuie la stabilirea și consolidarea relației mamă-copil și oferă copilului o îngrijire completă.	20	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.04.01.04.01	La nivelul secției de obstetrică-ginecologie și neo-natologie există rezerve în sistem „rooming in” pentru îngrijire mamă-copil.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.04.01.04.02	Rezerva în sistem „rooming in” este prevăzută cu sistem de supraveghere a mamei și copilului.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 02.04.01.04.03	Număr saloane cu sistem de îngrijire „rooming in” per număr total saloane în maternitate.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Criteriul 02.04.02	Spitalul se preocupă de identificarea și prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou-născut.	52	52.00	100.00%
Cerinta 02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	15	15.00	100.00%
Cerinta 02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	37	37.00	100.00%
Criteriul 02.04.03	Spitalul se preocupă de asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului.	47	27.00	57.45%
Cerinta 02.04.03.01	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.	27	17.00	62.96%
	Recomandari: Facilitățile adaptate copiilor pe categorii de vârstă asigură un mediu de îngrijire particularizat, contribuind la recuperarea mai rapidă, la scurtarea duratei de internare, determinând o mai bună suportabilitate a perioadei de internare.			
Indicator neconform 02.04.03.01.05	Biberoneriea/bucătăria de lapte este autorizată.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.04.03.01.06	Sondele de alimentare enterală de unică folosință sunt existente în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.04.03.02	Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.	20	10.00	50.00%
	Recomandari: Asigurarea asistenței psihologice pentru copiii internați și părinții/apartinătorii acestora;			
Indicator neconform 02.04.03.02.01	Spitalul asigură asistență psihologică pentru copiii internați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.04.03.02.02	Spitalul asigură asistență psihologică pentru aparținătorii/părinții copiilor internați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.05

Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.05	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare	147	75.33	51.25%
Criteriul 02.05.01	Întreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuată în colaborare cu medicii clinicieni.	23	16.50	71.74%
Cerinta 02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	17	16.50	97.06%
	Recomandari: Definirea, monitorizarea și respectarea timpilor de predare a rezultatelor în regim normal și de urgență;			
Indicator neconform 02.05.01.01.03	Este definită lista investigațiilor de efectuat și modul de asigurare a acestora în regim de urgență.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.05.01.02	Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.	6	0.00	0.00%
	Recomandari: Respectarea modalității de funcționare convenite a echipelor multidisciplinare.			
Indicator neconform 02.05.01.02.02	Spitalul are identificate situațiile în care medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.05.02	Serviciile paraclinice răspund necesităților de investigare a pacienților în ceea ce privește accesibilitatea, calitatea și intervalul de timp până la obținerea rezultatelor.	67	25.33	37.81%
Cerinta 02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	24	5.33	22.22%
	Recomandari: Descrierea procesului de la inițierea acestuia (recoltare sau pregătire a pacientului pentru investigație, după caz), până la primirea rezultatului de către prescriptor; - Stabilirea modalității de identificare și raportare a neconformităților ; - Instituirea măsurilor corective imediate și de prevenire a repetării situațiilor care au generat eroarea atât în laborator, cât și pe tot traseul desfășurării serviciului paraclinic, de la inițiere, la finalizarea lui. Evaluarea întregului proces de efectuare a investigației este o preocupare permanentă, care are ca rezultat identificarea erorilor și stabilirea măsurilor corective și de prevenire a repetării lor. Apariția neconformităților în desfășurarea serviciului paraclinic conduce la compromiterea rezultatului investigației solicitate. Neconformitățile trebuie identificate cât mai aproape de momentul instalării și comunicate imediat prescriptorului pentru reluarea investigației.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.05.02.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate recoltării/pregătirii pacientului pentru investigații.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate aparaturii existente.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.01.03	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate personalului existent.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor. Recomandari: Definirea de către laborator a intervalelor de referință specifice, valorilor de alertă și valorilor critice corespunzătoare scalei utilizate;	6	3.00	50.00%
Indicator neconform 02.05.02.02.01	Pe buletinul de rezultat al investigațiilor sunt precizate intervalele de referință, valorile de alertă și valorile critice pentru fiecare rezultat al investigațiilor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic. Recomandari: Elaborarea unor planuri de investigații de radiologie, imagistică și explorări funcționale care să optimizeze traseul clinic și să limiteze suprainvestigarea;	37	17.00	45.95%
Indicator neconform 02.05.02.03.04	La nivelul spitalului există analize periodice ale investigațiilor respinse/eșuate ca urmare a modului deficitar de pregătire prealabilă a pacienților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.03.05	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, cu excepția celor efectuate în regim de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.03.06	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, efectuate în urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.05.02.03.07	Rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de către Consiliul medical.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.05.03	Laboratorul se preocupă de satisfacerea în condiții optime a nevoilor de investigare.	57	33.50	58.77%
Cerinta 02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate. Recomandari: Erorile în acordarea serviciului paraclinic survin în proporție de 20% în analitic. Evenimentele din faza analitică pot fi identificate prin testări adaptate aparaturii și metodelor de lucru utilizate. Pentru investigațiile a căror condiții de eficiență nu sunt îndeplinite, sau pentru care spitalul nu dispune de resurse, se poate opta pentru externalizarea serviciilor, până la atingerea pragului de rentabilitate a acestora sau dobândirea resurselor necesare. Pentru serviciile externalizate, spitalul se asigură prin condițiile contractuale, de	26	13.00	50.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	respectarea acurateții investigației. Instruirea personalului propriu și extern laboratorului implicat în pregătirea pacientului pentru investigație și/sau modalitatea de recoltare a analizei (după caz) este realizată de personalul laboratorului, pregătit în acest sens.			
Indicator neconform 02.05.03.01.01	La nivelul SMC există analize periodice ale rezultatelor controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.05.03.01.02	La nivelul spitalului există rapoarte cu privire la efectuarea controlului intern de calitate și calibrarea/recalibrarea aparaturii laboratoarelor de analize medicale (ale spitalului sau ale laboratorului contractat).		Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 3	
Indicator neconform 02.05.03.01.03	La nivelul spitalului există rapoarte cu privire la efectuarea controlului extern de calitate pentru toate analizele medicale efectuate în laboratorul propriu sau contractate.		Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.05.03.01.04	Laboratorul are stabilite criterii de solicitare pentru "a doua opinie medicală" referitoare la rezultatele investigațiilor paraclinice.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	31	20.50	66.13%
	Recomandari: Transportarea probelor biologice în condiții de siguranță, cu respectarea timpului de transport și a condițiilor termice de transport recomandate;			
Indicator neconform 02.05.03.02.04	La nivelul spitalului transportul probelor recoltate este reglementat.		Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 02.05.03.02.05	Spitalul utilizează soluții de automatizare a fluxurilor operaționale de transport probe/rezultate între sectoarele de activitate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Standardul: 02.06

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.06	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR)	0	0.00	N/A
Criteriul 02.06.01	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură accesul pacienților cu BCR la tratamentul de suplere a funcției renale (TSFR) individualizat și la momentul optim.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.01.01	Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.01.02	Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de suplere renală.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.06.02	Eficacitatea și eficiența TSFR (tratamentelor de suplere renală) sunt preocupări constante ale unității de dializă.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.02.01	Unitatea care inițiază dializa decide asupra modalității de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienții și familiile lor.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.02.02	Unitatea care inițiază dializa colaborează cu secțiile/compartimentele de nefrologie care recomandă inițierea tratamentului și cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.06.03	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi, monitorizează evoluția (performanța medicală a tratamentului prin dializă) pacienților dializați.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.06.03.01	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează și transmite on-line, în timp real, în formatul și cu frecvența solicitate de Registrul Renal Român toți parametri de monitorizare a performanței medicale a tratamentului prin dializă.	0	0.00	N/A

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

Standardul: 02.07

Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

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

Standardul: 02.08

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.08	Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței	0	0.00	N/A
Criteriul 02.08.01	Managementul pacienților cu boli cronice progresive și nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat și nediscriminatoriu.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.01.01	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.01.02	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.01.03	Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.01.04	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.01.05	Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.08.02	Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienților cu grad de dependență crescut.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.02.01	Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependență, respectând intimitatea acestuia.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.02.02	Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.08.03	Serviciile de îngrijiri paliative asigură îmbunătățirea calității vieții pentru pacient și familie/aparținători.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.03.01	La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.03.02	Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și documentate.	0	0.00	N/A

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.08.03.03	Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate și se documentează.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.03.04	Planul de management al pacientului cu nevoie de îngrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, și actualizat în funcție de evoluția patologiei sau nevoilor în schimbare ale pacientului/familiei/apartinător	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.03.05	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/apartinătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.03.06	La externare, continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opțiunile pacientului.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.08.04	Asistența medicală paliativă este acordată de o echipă pluridisciplinară.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.04.01	Structura minimă a echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative este compusă din: medic cu competență în paleație, farmacist clinician, asistenți medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.04.02	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcție de necesitățile pacienților și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.04.03	Membrii echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative din serviciile de îngrijire paliativă participă la programe de instruire continuă	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.04.04	Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.08.05	Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul pacientului, asigurând suport familiei.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.05.01	Starea terminală este identificată și comunicată familiei/apartinătorilor.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.08.05.02	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.09

Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.09	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului	139	71.00	51.08%
Criteriul 02.09.01	La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor și monitorizare a prescrierilor.	92	39.25	42.66%
Cerinta 02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	35	19.25	55.00%
	Recomandari: Prescrierea medicației în spital trebuie să fie reglementată și monitorizată conform procedurii stabilite de Colegiul Farmaciștilor din România, referitoare la eliberarea medicației din farmacie. Cerința vizează prevenirea riscurilor asociate nerespectării bunelor practici în prescrierea medicamentelor.			
Indicator neconform 02.09.01.01.04	La nivelul spitalului există analiza respingerii solicitărilor de eliberare a medicației din cauza nerespectării reglementărilor de prescriere a medicației cu risc.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.01.01.07	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.		Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 02.09.01.01.10	Prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților.		Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12	
Indicator neconform 02.09.01.01.11	Număr pacienți care afirmă că au cumpărat medicamente sau alte materiale medicale per număr pacienți chestionați.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	28	0.00	0.00%
	Recomandari: - Creșterea eficacității și eficienței precum și scăderea riscurilor asociate tratamentului medicamentos prin angajarea farmacistului clinician; - Implicarea farmacologului/farmacistului clinician în elaborarea și evaluarea eficacității și eficienței			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	procoloalelor de tratament; - Stabilirea atribuțiilor farmacistului clinician în raport cu medicul curant			
Indicator neconform 02.09.01.02.01	Spitalul are angajat farmacist clinician.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.01.02.02	Farmacistul clinician face parte din echipa de elaborare a protocoalelor terapeutice.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.01.02.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 02.09.01.02.04	La nivelul spitalului există analize periodice a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.		Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12	
Indicator neconform 02.09.01.02.05	Farmacistul clinician supervizează activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale special stabilite de Consiliul medical.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical. Recomandari: Respectarea prevederilor Ordinului MS nr.1101/2016 privind atribuțiile farmacistului în ceea ce privește susținerea continuității actului medical, prin asigurarea medicamentelor și materialelor sanitare;	29	20.00	68.97%
Indicator neconform 02.09.01.03.01	Achiziția de medicamente este stabilită de către Comisia medicamentului, pe baza referatelor de necesitate ale secțiilor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.01.03.06	La nivelul spitalului este reglementată aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare în situații de urgență.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.01.03.07	La nivelul spitalului este reglementată eliberarea medicamentelor în regim de urgență.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Criteriul 02.09.02	Infrastructura și organizarea activității farmaceutice susțin trasabilitatea medicamentelor uzuale.	47	31.75	67.55%
Cerinta 02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice. Recomandari: Organizarea și desfășurarea activității din farmacie respectă prevederile legale în vigoare; Monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice; - Monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră;	40	24.75	61.88%
Indicator neconform 02.09.02.02.04	La nivelul spitalului există personal nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.		Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.09.02.02.08	La nivelul spitalului este stabilit circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator	La nivelul spitalului este reglementată activitatea de dizolvare/diluție pentru		Nr. total aplicare: 12	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 02.09.02.02.10	preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile).	Identificat neconform: 12		
Indicator neconform 02.09.02.02.11	Soluțiile sterile sunt preparate în farmacie, într-un spațiu special amenajat (separat, izolat, aseptice).	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	7	7.00	100.00%
Cerinta 02.09.02.05	Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții optime de farmacia spitalului/farmacistul șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacologul/farmacistul clinician.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.10

Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.10	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie	157	97.00	61.78%
Criteriul 02.10.01	Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare antibioticoterapiei.	38	29.00	76.32%
Cerinta 02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor. Recomandari: Respectarea prevederilor legale de organizare și funcționare a structurilor implicate în utilizarea antibioticelor;	27	23.00	85.19%
Indicator neconform 02.10.01.01.03	Rolul structurilor medicale funcționale din spital de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor este precizat în ROF.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.10.01.01.08	La nivelul spitalului există evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibiotice rezistența.	Nr. total aplicare: 4 Identificat neconform: 4		
Cerinta 02.10.01.02	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru. Recomandari: Lipsa informării permanente privind dezvoltarea noilor ghiduri naționale de antibioticoterapie și introducerea produselor antibacteriene noi, generează riscul limitării accesului pacienților la cele mai eficiente tratamente disponibile la un moment dat și crește riscul dezvoltării rezistenței la antibiotice.	11	6.00	54.55%
Indicator neconform 02.10.01.02.03	Abordarea multidisciplinară a antibioticoterapiei în infecțiile severe, în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioticoterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog), este reglementată la nivel de spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.10.02	Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.	33	0.00	0.00%
Cerinta 02.10.02.01	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioticoterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	23	0.00	0.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>Recomandari: Stabilirea condițiilor specifice de prescriere a antibioticelor în spital; -Stabilirea condițiilor de inițiere a tratamentului cu antibiotice până la rezultatul antibiogramei.</p> <p>Existența protocoalelor de antibioterapie precum și implicarea medicului infecționist în prescrierea antibioticelor reprezintă, conform ECDC "Key messages for professionals in hospitals and other healthcare settings", cele mai importante măsuri pentru promovarea bunei utilizări a antibioticelor, evitând astfel prescrierea inutilă sau nepotrivită, adică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - întârzierea inițierii administrării la pacienții critici; - spectrul antibioticului prea larg sau prea îngust; - doza prea mică sau prea mare; - durata administrării prea lungă sau prea scurtă; - antibioterapia nu este revizuită la 48-72 ore, sau când rezultatele antibiogramei devin disponibile. 			
Indicator neconform 02.10.02.01.01	La nivelul spitalului există protocol privind bunele practici în utilizarea antibioticelor, ținând cont de specificul antibioticorezistenței din spital, cu particularizări pentru specialitățile din structură.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.10.02.01.02	Elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor este realizată împreună cu medicul infecționist.			Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2
Indicator neconform 02.10.02.01.03	Tratamentul antibacterian este susținut de rezultatele examenelor microbiologice (identificarea microscopică a bacteriei, cultura bacteriană și antibiograma, după caz).			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.10.02.01.04	Număr total pacienți tratați cu antibiotice conform antibiogramei per număr total de pacienți tratați cu antibiotice, în ultimul an calendaristic încheiat.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.10.02.01.05	Număr FO în care este consemnată antibiograma per număr de foi în care este consemnată administrarea antibioticoterapiei din FO verificate.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.10.02.01.06	Antibioticoterapia este reglementată pentru situațiile în care instituirea acesteia este necesară înaintea primirii rezultatelor antibiogramei.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
	Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.	6	0.00	0.00%
Cerinta 02.10.02.02	<p>Recomandari: Consemnarea în FO a condițiilor prescrierii de antibiotice.</p> <p>Documentarea prescrierii de antibiotice este necesară pentru evaluarea consumului la nivelul spitalului și elaborarea ghidurilor de tratament de către medicul de boli infecțioase sau farmacist, așa cum e prevăzut în Ordinul MS nr. 1101/2016.</p> <p>Pentru stabilirea duratei antibioterapiei medicul curant trebuie să colaboreze cu farmacistul și medicul de boli infecțioase.</p>			
Indicator neconform 02.10.02.02.01	Durata estimată a antibioterapiei este înscrisă în FO.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.10.02.02.02	Evaluarea reacției la 24 și 72 de ore la antibioterapie este înscrisă în FO.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform	Prelungirea tratamentului cu antibiotice peste 7 zile este justificată în FO și avizată de șeful de secție.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
02.10.02.02.03				
Cerinta 02.10.02.03	Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia. Recomandari: Înregistrările cu privire la recomandarea antibioticelor permit identificarea prescriptorului; - Înregistrările cu privire la recomandarea antibioticelor trebuie să cuprindă justificările modificărilor de prescrie	4	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.10.02.03.01	Data prescrierii și numele medicului prescriptor sunt înregistrate în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.10.02.03.02	Prescrierea asocierii de antibiotice sau schimbarea tratamentului este justificată și semnată de medicul prescriptor.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.10.03	Farmacia spitalului este implicată direct în respectarea bunelor practici de antibioticoterapie.	29	26.00	89.66%
Cerinta 02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate. Recomandari: - Asigurarea continuității aprovizionării cu antibiotice necesare antibioticoterapiei; - Asigurarea continuității aprovizionării cu antibiotice necesare antibioprofilaxiei; - Utilizarea antibioticoterapiei în condiții de eficacitate și eficiență; - Administrarea antibioticelor cu respectarea strictă a condițiilor de prescriere;	14	11.00	78.57%
Indicator neconform 02.10.03.01.04	Ora eliberării antibioticelor din farmacie este stabilită pentru a asigura respectarea ritmului de administrare și este consemnată în documentele farmaciei și în FO.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.10.03.01.05	Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.10.03.02	Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.	7	7.00	100.00%
Cerinta 02.10.03.03	Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.	8	8.00	100.00%
Criteriul 02.10.04	Activitatea laboratorului de microbiologie susține respectarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor.	32	27.00	84.38%
Cerinta 02.10.04.01	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței. Recomandari: Efectuarea controlului intern și extern de calitate pentru asigurarea acurateții rezultatelor din compartimentul de microbiologie;	19	14.00	73.68%
Indicator neconform 02.10.04.01.02	Laboratorul de microbiologie are proceduri de control a antibioticorezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asistenței	13	13.00	100.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitoriz			
Criteriul 02.10.05	Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici.	25	15.00	60.00%
Cerinta 02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice. Recomandari: Adaptarea antibioticoterapiei la antibioticorezistența din unitatea sanitară; - Asigurarea accesului permanent la informații privind modalitatea de administrare a antibioticelor; - Stabilirea situațiilor și condițiilor de prescriere a antibioprofilaxiei.	7	5.00	71.43%
Indicator neconform 02.10.05.01.01	În protocolul privind buna practică de utilizare a antibioticelor există precizări referitoare la antibioticorezistența locală și specificul patologiei tratate.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12		
Cerinta 02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate. Recomandari: Înregistrarea datelor în timp real care permit stabilirea trasabilității antibioticelor pe fiecare prescriptor; - Instituirea măsurilor pentru reducerea consumului nejustificat de antibiotice.	18	10.00	55.56%
Indicator neconform 02.10.05.02.03	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11		

Standardul: 02.11

Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.11	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu	466	305.09	65.47%
Criteriul 02.11.01	Managementul spitalului are organizată activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.	120	92.50	77.08%
Cerinta 02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	27	25.00	92.59%
	Recomandari: Elaborarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, specifice pentru fiecare zonă.			
Indicator neconform 02.11.01.01.05	Număr de angajați care afirmă că le-au fost prezentate Protocoalele și procedurile de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale per număr de angajați chestionați.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	25	17.00	68.00%
	Recomandari: Planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale.			
Indicator neconform 02.11.01.02.02	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există fundamentarea nevoii de biocide și materiale necesare de prevenire a IAAM.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.01.02.06	Consumul de biocide realizat per consumul planificat, în ultimul an calendaristic încheiat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	68	50.50	74.26%
	Recomandari: Identificarea sectoarelor de activitate care necesită programe de prevenire intensive și susținute; - Evaluarea impactului implementării programelor preventive la nivelul sectoarelor de activitate; Aplicarea corectă a măsurilor de prevenire a expunerii accidentale la produse biologice; - Întocmirea și completarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	sanitară.			
Indicator neconform 02.11.01.03.03	La nivelul secției este reglementat modul de dezinfecție a saloanelor în care au fost internați pacienți infectați/colonizați cu bacterii multirezistente.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 02.11.01.03.04	La nivelul secției este reglementat modul de dezinfecție a paturilor și cazarmamentului.		Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11	
Indicator neconform 02.11.01.03.05	Există condiții pentru sterilizarea paturilor și cazarmamentului.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.01.03.07	La nivelul spitalului este reglementat modul de verificare a stării de portaj pentru personal.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.01.03.17	Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Criteriul 02.11.02	Supravegherea mediului de îngrijire reduce gradul de risc infecțios.	155	111.23	71.76%
Cerinta 02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	67	58.40	87.16%
	Recomandari: Întocmirea hărții zonelor de risc pentru apariția infecțiilor asociate asistenței medicale ;Organizarea, supravegherea și controlul respectării circuitelor funcționale ale unității, a circulației pacienților și vizitatorilor și a personalului;			
Indicator neconform 02.11.02.01.01	La nivelul spitalului sunt reglementate condițiile de desfășurare a activității în "zonele curate".		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.02.01.03	Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.		Nr. total aplicare: 5 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.02.01.16	Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital este reglementat în situațiile cu risc epidemiologic.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	8	8.00	100.00%
Cerinta 02.11.02.03	Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, asupra calității aerului și activității de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale este gestionat.	7	0.00	0.00%
	Recomandari: Evaluarea calității aerului pe toată durata lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații; - Respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului pe durata lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații; - Raportarea problemelor depistate sau constatate în prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale determinate de lucrările de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații efectuate în spital.			
Indicator	Planificarea lucrărilor și a modului de desfășurare a activității spitalului, pe		Nr. total aplicare: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 02.11.02.03.01	perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații efectuate în spital, este avizată de SSPLIAAM/CSPLIAAM.	Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.03.02	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analiza rapoartelor de monitorizare a aeromicroflorei pentru perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații efectuate în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.02.04	Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată. Recomandari: Supravegherea, controlul și monitorizarea sterilizării pentru instrumentarul medical și materialele sanitare; - Desemnearea echipei implicate în controlul și monitorizarea sterilizării.	43	35.83	83.33%
Indicator neconform 02.11.02.04.10	Igienizarea/decontaminarea/dezinfectia spațiilor și echipamentelor de la nivelul structurii este reglementată.	Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.04.13	Zonele funcționale în cadrul serviciului de sterilizare au un sistem de acces tip filtru pentru personal pentru evitarea contaminării încrucișate.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.04.14	La nivelul spitalului există un sistem de trasabilitate al instrumentelor/truselor și a materialului moale procesat în cadrul serviciului de sterilizare.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei. Recomandari: Respectarea circuitului lenjeriei infecțioase și neinfecțioase; - Stabilirea modalității de identificare și raportare a neconformităților.	30	9.00	30.00%
Indicator neconform 02.11.02.05.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la colectarea și manevrarea lenjeriei murdare	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12		
Indicator neconform 02.11.02.05.04	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în urma operațiunilor de dezinfecție/spălare, sterilizare a lenjeriei.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.02.05.06	La nivelul spitalului există analize periodice ale rezultatelor autocontrolului microbiologic al lenjeriei.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.11.03	Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranța alimentului are în vedere controlul riscului infecțios.	19	-7.00	0.00%
Cerinta 02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria). Recomandari: Evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție;	7	-7.00	0.00%
Indicator neconform 02.11.03.01.01	La nivelul spitalului există planificarea autocontrolului microbiologic al suprafețelor din sectorul alimentar.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.03.01.03	Număr probe sanitație cu rezultat pozitiv per număr total probe de sanitație recoltate de pe suprafețe din sectorul alimentar, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.03.02	Respectarea regulilor de siguranță a alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.	12	0.00	0.00%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: - Aplicarea normelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale privind alimentația; - Supravegherea și controlul activității blocului alimentar în aprovizionarea, depozitarea, prepararea și distribuirea alimentelor.			
Indicator neconform 02.11.03.02.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar privind procedurile de curățenie și dezinfecție.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.03.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale rezultatelor autocontrolului microbiologic în sectorul alimentar.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.11.04	Managementul clinic al structurilor medicale previne și limitează riscul infecțios.	172	108.36	63.00%
Cerinta 02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	26	17.00	65.38%
	Recomandari: Elaborarea și implementarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale pe secție;			
Indicator neconform 02.11.04.01.03	La nivelul secției, prevenirea infectării pacienților imunodeprimați este reglementată.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 8		
Indicator neconform 02.11.04.01.04	Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate și consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.01.05	Riscul infecțios asociat manevrelor invazive este menționat în consimțământul informat al pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	48	25.00	52.08%
	Recomandari: laborarea protocoalelor privind activitatea de screening al pacienților pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor prezente; - Stabilirea modalității de colaborare cu medicul specialist de boli infecțioase în situațiile în care este necesar; - Declararea infecțiilor asociate asistenței medicale, în conformitate cu legislația în vigoare.			
Indicator neconform 02.11.04.02.01	Există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente și/sau tratamentele cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilității de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogezistente.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.02	În FO/documente medicale este consemnat statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.03	Riscul epidemiologic al pacienților este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator	Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de	Nr. total aplicare: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
neconform 02.11.04.02.04	limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infecțați cu microorganisme multidrogrezistente.	Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.10	Număr cazuri cu infecții respiratorii nosocomiale per număr cazuri internate, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.11	Număr cazuri cu infecții de plagă operatorie per număr cazuri operate pe semestru, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.14	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Clostridium difficile per total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.17	Număr cazuri cu escare per număr cazuri tratate în secție, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.02.18	Număr cazuri codificate cu codul Y95 per număr cazuri internate în secție, în ultimul an calendaristic încheiat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	11	9.00	81.82%
Recomandari: Întocmirea evidenței aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care necesită sterilizare;				
Indicator neconform 02.11.04.03.01	La nivelul spitalului există o evidență a aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	30	17.36	57.86%
Recomandari: Monitorizarea igienei mâinilor.				
Indicator neconform 02.11.04.04.01	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM este stabilit modul de verificare a respectării regulilor de aseptie și antisepsie în spital.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	Nr. total aplicare: 28 Identificat neconform: 5		
Indicator neconform 02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	Nr. total aplicare: 28 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.11.04.04.07	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analize periodice privind verificarea curățeniei mâinilor personalului medical, cu metode rapide de detectare a nivelului de curățenie.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.11.04.05	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.	6	6.00	100.00%
Cerinta	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	33	28.00	84.85%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
02.11.04.06	Recomandari: - Înregistrarea cazurilor de expunere accidentală la produse biologice; - Vaccinarea personalului medico-sanitar; - Respectarea regulilor de tehnică aseptică; - Instruirea personalului privind autodeclararea îmbolnăvirilor; - Comunicarea cazurilor suspecte de boli transmisibile din rândul personalului; - Triajul zilnic al personalului; - Formarea personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale; - Informarea personalului cu privire la obligativitatea raportării expunerii accidentale și metodele de prevenire și evaluare a riscului de infecție.			
Indicator neconform 02.11.04.06.05	Supravegherea expunerii accidentale la produse biologice (AES) este reglementată.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.11.04.07	Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.	18	6.00	33.33%
	Recomandari: Identificarea riscului infecțios la femeia însărcinată; - Stabilirea și respectarea măsurilor de prevenire și tratare a riscului infecțios la femeia însărcinată; - Stabilirea și adaptarea antibioprolaxiei la femeia însărcinată.			
Indicator neconform 02.11.04.07.02	La nivelul spitalului este stabilită conduita în cazul infecțiilor cervico-vaginale la femeia însărcinată.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.04.07.03	La nivelul spitalului este reglementată depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.04.07.04	La nivelul spitalului este reglementată antibioprolaxia infecției cu streptococ beta-hemolitic la nou-născut.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.11.04.07.05	La nivelul spitalului este reglementată investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Standardul: 02.12

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.12	Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului	215	128.13	59.59%
Criteriul 02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.	49	14.00	28.57%
Cerinta 02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	15	0.00	0.00%
	Recomandari: - Identificarea riscurilor clinice și a modalității de rezolvare a acestora; - Identificarea categoriilor de pacienți cu risc clinic și a modalității de prevenire a evenimentelor adverse asociate aceluși risc.			
Indicator neconform 02.12.01.01.01	La nivelul Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor (CGR) sunt identificate situațiile cu risc clinic și sunt propuse pentru înregistrate în Registrul riscurilor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.12.01.01.02	La nivelul spitalului sunt identificate categoriile de pacienți cu risc.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.12.01.01.03	Identificarea pacienților cu risc crescut este realizată și consemnată în documentele medicale, la consultul inițial.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.12.01.01.04	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.12.01.02	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.	8	0.00	0.00%
	Recomandari: Implicarea profesioniștilor în definirea și recunoașterea evenimentelor santinelă; - Raportarea evenimentelor santinelă;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.12.01.02.01	Managementul evenimentelor santinelă este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.01.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare, analizare și prelucrare a evenimentelor santinelă pentru personalului medical.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.01.03	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss"). Recomandari: Implicarea profesioniștilor în identificarea și recunoașterea evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss"	14	12.00	85.71%
Indicator neconform 02.12.01.03.01	Spitalul are definit un set minim de date care permit analiza evenimentelor care afectează siguranța pacienților (evenimente santinelă, evenimente adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss").	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare. Recomandari: Identificarea și utilizarea de către profesioniști a cel puțin două elemente de identificare pentru fiecare situație care necesită "dublă identificare".	12	2.00	16.67%
Indicator neconform 02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare corectă a pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.01.04.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a sistemului de identificare a pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.01.04.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.	37	23.63	63.85%
Cerinta 02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate. Recomandari: Consemnarea administrării medicației, indiferent de recomandare sau proveniența acesteia;	8	2.00	25.00%
Indicator neconform 02.12.02.01.01	Consemnarea medicației în FO/documente medicale este făcută lizibil de către medicul prescriptor și cuprinde mențiuni privind numele produselor, doza, modul, frecvența de administrare și după caz, precauțiile privind administrarea soluțiilor concentrate d	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.02.01.03	În FO este consemnată medicația recomandată, în urma consulturilor interdisciplinare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.02.01.04	Număr pacienți care afirmă că au fost informați despre riscurile medicației prescrise și/sau a riscurilor asocierilor de medicamente per număr de pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.12.02.02	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.	7	5.00	71.43%
	Recomandari: Identificarea medicamentelor utilizate în unitatea sanitară cu risc înalt sau a medicamentelor a căror formă de prezentare sau denumire comercială pot genera confuzii;			
Indicator neconform 02.12.02.02.01	La nivelul spitalului există evidența medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	10	10.00	100.00%
Cerinta 02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	12	6.63	55.21%
	Recomandari: Depozitarea, inclusiv temporară, a soluțiilor concentrate de electroliți în condiții securizate; - Prepararea diluțiilor de electroliți să fie realizată în spații dedicate cu asigurarea condițiilor de sterilitate.			
Indicator neconform 02.12.02.05.01	La nivelul spitalului este reglementată gestionarea soluțiilor concentrate de electroliți.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.02.05.05	La nivelul spitalului există nominalizat responsabil cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți.	Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.12.03	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.	24	7.00	29.17%
Cerinta 02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.	13	7.00	53.85%
	Recomandari: Identificarea situațiilor de predare-primire a pacientului pe toate palierele de activitate, la nivelul fiecărui sector de activitate			
Indicator neconform 02.12.03.01.04	Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de către personal desemnat în acest sens per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.03.01.05	Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de către aparținători per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.12.03.01.06	Număr pacienți însoțiți de către personal desemnat în acest sens în deplasarea prin spital per număr pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	11	0.00	0.00%
	Recomandari: Monitorizarea și analiza permanentă a respectării modalităților stabilite de predare-preluare a datelor referitoare la pacient precum și a responsabilităților cu privire la acesta, prin analiza înscrisurilor și a eventualelor evenimente adverse apărute.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 02.12.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților.	Nr. total aplicare: 22 Identificat neconform: 22		
Indicator neconform 02.12.03.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale activității de predare-preluare a pacienților.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.12.04	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.	37	28.50	77.03%
Cerinta 02.12.04.01	În practica chirurgicală și anestezică sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemnează elemente de identificare pentru fiecare caz în parte.	11	11.00	100.00%
Cerinta 02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.	8	0.00	0.00%
	Recomandari: Elaborarea, aplicarea și actualizarea protocoalelor chirurgicale și anestezice, pe baza ghidurilor naționale sau a bunelor practici recunoscute național și internațional.			
Indicator neconform 02.12.04.02.02	La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale respectării protocoalelor chirurgicale și anestezice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	18	17.50	97.22%
	Recomandari: Analiza și adoptarea măsurilor de prevenire a repetării incidentelor apărute în practica chirurgicală și anestezică;			
Indicator neconform 02.12.04.03.04	La nivelul spitalului este stabilită modalitatea de monitorizare a respectării intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie.	Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.	32	24.00	75.00%
Cerinta 02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	22	22.00	100.00%
Cerinta 02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.	10	2.00	20.00%
	Recomandari: Analizarea periodică a calității imaginilor;			
Indicator neconform 02.12.05.02.01	La nivelul Consiliului medical există analize periodice a calității imaginilor radiologice.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.05.04	Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.	0	0.00	N/A

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.12.05.05	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.	0	0.00	N/A
Criteriul 02.12.06	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigațional.	18	15.00	83.33%
Cerinta 02.12.06.01	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.	5	2.00	40.00%
	Recomandari: Identificarea și monitorizarea riscului microbiologic asociat procesului investigațional.			
Indicator neconform 02.12.06.01.02	La nivelul laboratorului este implementată o modalitate de monitorizare a riscurilor microbiologice specifice activităților proprii.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.06.02	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.	13	13.00	100.00%
Criteriul 02.12.07	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.	18	16.00	88.89%
Cerinta 02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	5	3.00	60.00%
	Recomandari: Identificarea pacienților care, datorită patologiei sau a tratamentului primit, prezintă risc de cadere;			
Indicator neconform 02.12.07.01.01	La nivelul spitalului există evidența patologiilor generatoare de risc de cădere.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	13	13.00	100.00%
Cerinta 02.12.07.04	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	0	0.00	N/A
Cerinta 02.12.07.06	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.	0	0.00	N/A

Standardul: 02.13

Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.13	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență	198	96.00	48.48%
Criteriul 02.13.01	Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare a terapiei transfuzionale și hemovigilență.	126	55.00	43.65%
Cerinta 02.13.01.02	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.	65	40.00	61.54%
	Recomandari: asigurarea calității produselor transfuzate.			
Indicator neconform 02.13.01.02.11	Spitalul are reglementată activitatea de calificare, întreținere mentenanță, calibrare, validare a procedurilor, reparații și recalificare a echipamentelor critice de la nivelul unității de transfuzii sanguine.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.13.01.02.12	La nivelul unității de transfuzie sanguină, frigiderele, congelatoarele, agitatoarele de trombocite au sistem de alarmă vizual și auditiv, sistem de alimentare electrică alternativă pentru situații de urgență (generator electric) și sistem de monitorizare	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.13.01.02.15	Există reglementări aplicate cu privire la validarea loturilor de reactivi și a procedurilor de testare pretransfuzională.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.13.01.02.17	Efectuarea controlului ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	61	15.00	24.59%
	Recomandari: - Organizarea și funcționarea structurilor funcționale ale spitalului implicate în activitatea transfuzională; - Implicarea profesioniștilor în recunoașterea evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Analiza și adoptarea măsurilor de prevenire a repetării evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Raportarea și analiza evenimentelor adverse din activitatea transfuzională; - Implementarea măsurilor de prevenire a evenimentelor adverse din activitatea transfuzională;			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	<p>- Utilizarea sângelui și a produselor din sânge în condiții de eficiență și eficacitate.</p> <p>Ținând cont de Obiectivul Strategic 2.6 din Strategia națională de sănătate 2014 – 2020 , cu privire la asigurarea necesarului de sânge și componente sanguine în condiții de maximă siguranță și cost-eficiență, respectiv faptul că serviciile oferite de unitatea de transfuzie sanguină sunt servicii esențiale pentru asigurarea sănătății populației, problemele cheie care stau în fața sistemului național sunt asigurarea auto-suficienței sângelui și a componentelor sanguine umane, precum și asigurarea nivelului necesar de siguranță, de securitatea transfuzională prin aplicarea/extinderea sistemelor de management al calității pe tot lanțul transfuzional.</p> <p>Conducerea unității sanitare are responsabilitatea de a se asigura că există un sistem de calitate eficient, cu resurse adecvate, că rolurile și responsabilitățile au fost definite, comunicate și implementate în întreaga instituție. Implicarea activă a conducerii la realizarea sistemului de calitate este esențială. Aceasta trebuie să se asigure de sprijinul și implicarea personalului în implementarea sistemului de calitate.</p>			
Indicator neconform 02.13.01.03.02	Există analize anuale ale îndeplinirii atribuțiilor Comisiei de transfuzie și hemovigilență.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de raportare a suspiciunilor de reacții adverse și, după caz, a erorilor/incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, a reacțiilor adverse sau a celor asociate transfuziei.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.04	Completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale sunt reglementate și respectate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.08	Unitatea de transfuzii monitorizează și analizează consumul de sânge și derivate, erorile, incidentele și reacțiile adverse asociate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.09	Există evaluări trimestriale ale respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.10	Rezultatele evaluărilor respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional sunt analizate cu personalul medical implicat și sunt luate măsuri în consecință.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.12	La nivelul UTS există analize trimestriale ale utilizării de sânge și componente sanguine specific fiecărui pacient care a beneficiat de terapie transfuzională (pe tip de patologie, tip terapie, evoluție patologie)		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.13.01.03.13	La nivelul UTS este analizat periodic consumul de sânge total și componente sanguine, în vederea reducerii consumului nejustificat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Criteriul 02.13.02	Prescrierea de sânge și derivate este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.	72	41.00	56.94%
Cerinta 02.13.02.01	Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.	11	6.00	54.55%
	Recomandari: - Stabilirea modalității de prescriere în unitatea sanitară a sângelui și a componentelor sanguine.			
Indicator neconform 02.13.02.01.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de prescriere a sângelui și a componentelor sanguine.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 02.13.02.02	Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.	18	13.00	72.22%
	Recomandari: Documentarea în timp real a activităților realizate în procesul transfuzional, de la prescriere până la administrarea sau returnarea produsului neutilizat.			
Indicator neconform 02.13.02.02.02	Solicitarea de sânge și componente sanguine de către secții și departamente este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.13.02.03	Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	43	22.00	51.16%
	Recomandari: Asigurarea transportului sângelui și a produselor din sânge în condiții de siguranță;			
Indicator neconform 02.13.02.03.01	La nivelul UTS există analize anuale ale consumului de sânge total și componente sanguine.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.13.02.03.04	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.13.02.03.06	La nivelul spitalului, aprovizionarea cu sânge și componente sanguine în zilele libere, zilele de sărbătoare, pentru situațiile cu consum neprevăzut de mare, situații deosebite este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.13.02.03.07	Modalitatea de recuperare a sângelui și/sau a componentelor sanguine neutilizate pe secții și de stabilire a destinației finale a acestora este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.14

Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.14	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale	63	7.00	11.11%
Criteriul 02.14.01	Activitatea de audit clinic este organizată.	34	7.00	20.59%
Cerinta 02.14.01.01	Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.	8	0.00	0.00%
	Recomandari: Stabilirea condițiilor de efectuare a misiunilor de audit; - În desfășurarea auditului clinic să fie evaluate eficacitatea și eficiența protocoalelor diagnostice și terapeutice.			
Indicator neconform 02.14.01.01.01	Planul anual de audit clinic are ca obiective evaluarea eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.14.01.01.02	Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern este reglementată.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.14.01.02	Echipele de audit clinic sunt funcționale și integrate în structura de management al calității.	14	0.00	0.00%
	Recomandari: Respectarea regulilor de formare a echipei de audit clinic.			
Indicator neconform 02.14.01.02.01	În atribuțiile structurii de management al calității este prevăzută coordonarea activității de audit clinic.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.14.01.02.02	În componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 02.14.01.02.03	Membrii echipei de audit clinic au urmat un curs de formare în domeniul auditului clinic.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 02.14.01.03	În situațiile în care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.	12	7.00	58.33%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: Monitorizarea evenimentelor indezirabile; - Auditarea clinică a evenimentelor indezirabile generate de activitatea medicală și de îngrijire.			
Indicator neconform 02.14.01.03.01	Spitalul are reglementată modalitatea de identificare, analiză și raportare a evenimentelor indezirabile.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 02.14.02	Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice.	29	0.00	0.00%
Cerinta 02.14.02.01	Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament.	9	0.00	0.00%
	Recomandari: Raportul de audit clinic trebuie să cuprindă și propuneri a căror implementare să ducă la îmbunătățirea calității, creșterea siguranței pacienților și personalului și creșterea eficacității și eficienței proceselor auditate; - În procesul de revizuire a procedurilor și protocoalelor echipa responsabilă trebuie să țină cont propunerile / măsurile rezultate în urma misiunilor de audit clinic.			
Indicator neconform 02.14.02.01.01	Număr de protocoale de diagnostic și tratament auditate per număr total de protocoale de diagnostic și tratament utilizate, în ultimul an calendaristic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.14.02.01.02	Concluziile misiunilor de auditare a protocoalelor motivează dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.14.02.01.03	Număr măsuri adoptate per număr recomandări rezultate în urma auditului clinic, în ultimul an calendaristic.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	20	0.00	0.00%
	Recomandari: Elaborarea indicatorilor de monitorizare a eficienței și eficacității protocoalelor de diagnostic și/sau tratament; - Stabilirea periodicității de autoevaluare a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament de către utilizatori. Elaborarea protocoalelor de diagnostic și/sau tratament au ca scop îmbunătățirea practicii medicale, reducerea riscului iatrogen și, implicit, îmbunătățirea rezultatelor tratamentului pacienților în condițiile "celor mai bune rezultate, cu costurile cele mai scăzute". Măsurarea acestora se realizează prin indicatori de eficacitate și eficiență.			
Indicator neconform 02.14.02.02.01	La nivelul spitalului se face dovada autoevaluării periodice a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 12		
Indicator neconform 02.14.02.02.02	Fiecare protocol de diagnostic și tratament are stabiliți indicatori de monitorizare a eficienței și eficacității.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 02.15

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 02.15	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia	45	21.47	47.72%
Criteriul 02.15.01	Externarea este planificată, coordonată și documentată.	15	7.22	48.15%
Cerinta 02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	8	2.22	27.78%
	Recomandari: - Precizarea particularităților de externare a pacientului în FO; - Consemnarea modificărilor cu privire la externarea pacientului în FO.			
Indicator neconform 02.15.01.01.01	În planificarea asistenței medicale întocmită de medicul curant este menționat momentul estimat al externării, însoțit de mențiunea că pacientul se poate externa singur sau cu însoțitor.			Nr. total aplicare: 9 Identificat neconform: 4
Indicator neconform 02.15.01.01.02	Modificările privind momentul estimat al externării sunt motivate și consemnate în FO.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Indicator neconform 02.15.01.01.03	Număr pacienți care declară că au fost informați despre data estimată a externării per număr pacienți chestionați.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1
Cerinta 02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	7	5.00	71.43%
	Recomandari: - Stabilirea setului de date cuprins în documentele care însoțesc pacientul la externare, care includ și planul terapeutic și de îngrijire; - Comunicarea pacientului și medicului prescriptor a datelor stabilite pentru externare (medicului de familie și / sau medicului specialist din ambulatoriu).			
Indicator neconform 02.15.01.02.01	În FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.			Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Criteriul 02.15.02	Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces.	30	14.25	47.50%
Cerinta 02.15.02.01	Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului. Recomandari: - Consemnarea datelor de contact ale aparținătorilor în FO; - Stabilirea modalității de comunicare a personalului medical cu aparținătorii în situația modificărilor în evoluție a pacientului.	7	1.00	14.29%
Indicator neconform 02.15.02.01.01	Datele de contact ale aparținătorilor sunt menționate în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.15.02.01.02	La nivelul spitalului este reglementată comunicarea către aparținători a degradării stării pacientului sau în caz de deces.	Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 8		
Cerinta 02.15.02.02	Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare. Recomandari: - La instituirea tratamentului paliativ se ține cont de particularitățile spirituale/ culturale exprimate de pacient și se consemnează în FO; - Accesul aparținătorilor la pacienții în stare terminală să respecte dorința exprimată a pacientului.	5	0.00	0.00%
Indicator neconform 02.15.02.02.01	Necesitatea instituirii tratamentului paliativ, după caz, este consemnată în FO.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 02.15.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acces al aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală.	Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 7		
Cerinta 02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesare a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului. Recomandari: - Respectarea dreptului la intimitate a pacientului decedat; - Stabilirea și comunicarea aparținătorilor a informațiilor necesare externării pacientului decedat; - Asigurarea externării pacientului decedat în condiții de siguranță; - Îmbunătățirea activității medicale, ca urmare a analizei externărilor prin deces.	18	13.25	73.61%
Indicator neconform 02.15.02.03.02	Comunicarea către aparținători a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului este reglementată la nivelul spitalului.	Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 11		
Indicator neconform 02.15.02.03.04	La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare a pacientului decedat.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 7		

4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului

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

Obiectivele majore ale referinței sunt:

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

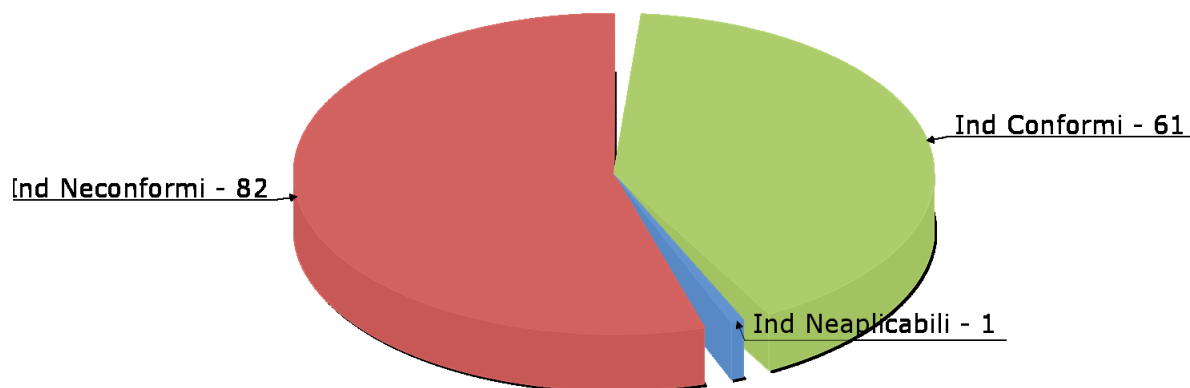
Punctaj obținut Referința 03 - 19.40%

În cadrul Referinței 03 au fost supuși analizei 144 indicatori, fiind indentificați:

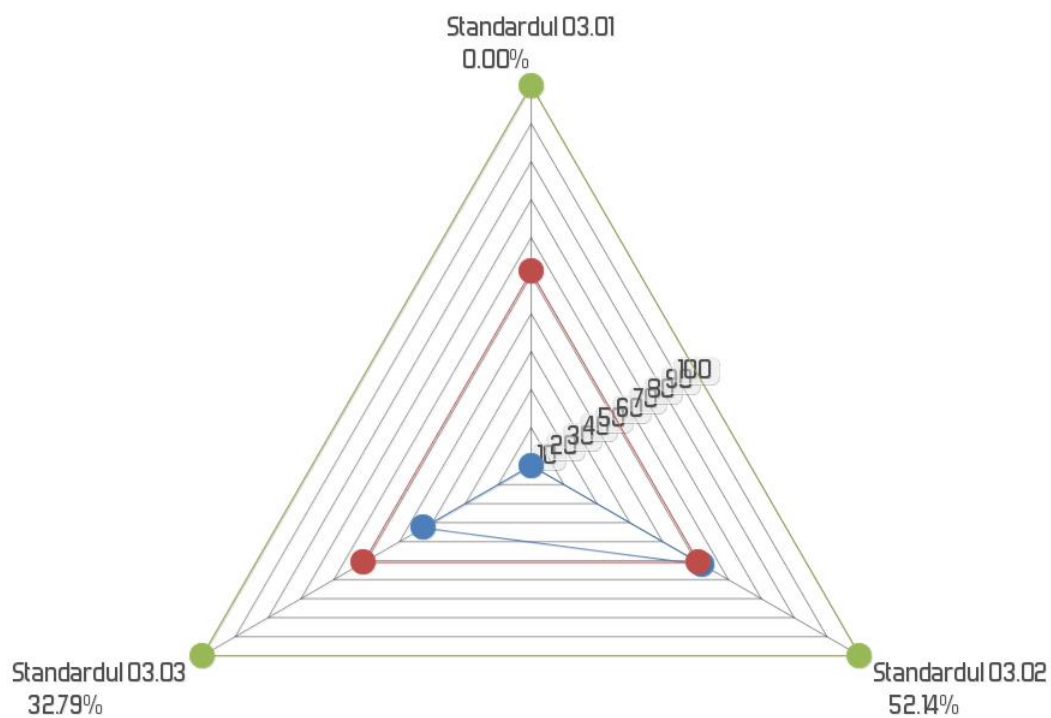
indicatori conformi	61
indicatori neconformi	82
indicatori neaplicabili	1

obținând **35.88 puncte** din **185 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **19.40%**

Structura indicatorilor calitativi utilizați în analiza Etica medicală și drepturile pacientului



Nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitolul de Referință 03



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

Standardul: 03.01

Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 03.01	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului	62	-18.00	0.00%
Criteriul 03.01.01	Spitalul asigură conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică consimțământului informat (CI).	30	-17.00	0.00%
Cerinta 03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	2	-20.00	0.00%
	Recomandari: Obținerea consimțământului informat al pacientului la inițierea activităților și manoperelor cu risc.			
Indicator neconform 03.01.01.01.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de obtinere a consimțământului informat.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 03.01.01.01.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora.		Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2	
Indicator neconform 03.01.01.01.05	În FO este atașat consimțământul informat al pacientului cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	17	3.00	17.65%
	Recomandari: Identificarea vulnerabilităților pentru informarea adecvată, adaptată pacientului, și obținerea consimțământului informat este necesară pentru implicarea pacientului în deciziile medicale. Instruirea personalului cu privire la modalitatea optimă, adecvată, de informare a pacientului și obținere a consimțământului informat.			
Indicator neconform 03.01.01.02.01	La nivelul spitalului sunt identificate vulnerabilitățile din procesul de obținere al consimțământului informat.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Indicator neconform 03.01.01.02.03	Număr de pacienți care știu un efect advers sau risc pentru medicamentele sau procedurile terapeutice administrate per număr total pacienți chestionați.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 03.01.01.02.04	Număr de pacienți care cunosc scopul tratamentului administrat per număr total de pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.01.01.02.05	Număr de pacienți care cunosc identitatea personalului medical implicat în tratamentul administrat per număr total pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.01.01.02.06	Număr de pacienți care își cunosc diagnosticul stabilit per număr total pacienți chestionați.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	11	0.00	0.00%
	Recomandari: Identificarea efectelor vulnerabilităților identificate în obținerea consimțământului informat; - Monitorizarea implementării măsurilor pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate în obținerea consimțământului informat.			
Indicator neconform 03.01.01.03.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale vulnerabilităților identificate în procesul de obținere al consimțământului informat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.01.01.03.02	Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 03.01.02	Spitalul prevede măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică confidențialității datelor medicale ale pacientului.	32	-1.00	0.00%
Cerinta 03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	15	-10.00	0.00%
	Recomandari: Instruirea personalului medical referitor la metodologia adoptată de spital pentru asigurarea confidențialității datelor medicale, situațiile și condițiile în care aceste date sunt accesibile pacienților/apartenenților/terților; - Consemnarea opțiunii pacientului referitor la comunicarea datelor sale medicale către terți.			
Indicator neconform 03.01.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Indicator neconform 03.01.02.01.02	Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/apartenenților la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.01.02.01.03	Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.01.02.01.04	La nivelul spitalului există evaluări periodice cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.01.02.01.05	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	17	9.00	52.94%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
	Recomandari: Respectarea reglementărilor cu privire la confidențialitatea datelor medicale trebuie să aibă în vedere identificarea eventualelor vulnerabilități și stabilirea măsurilor de diminuare a efectelor acestora.			
Indicator neconform 03.01.02.03.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor pacienților.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	

Standardul: 03.02

Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 03.02	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților	70	36.50	52.14%
Criteriul 03.02.01	Spitalul are politici de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale.	11	2.00	18.18%
Cerinta 03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	7	0.00	0.00%
	Recomandari: Instruirea personalului medical cu privire la acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale; - Înregistrarea de către personalul medical în documentele medicale a încetării furnizării asistenței medicale a pacientului.			
Indicator neconform 03.02.01.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.		Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 13	
Indicator neconform 03.02.01.01.03	Echipa medicală consemnează în FO/documentele medicale decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Cerinta 03.02.01.02	Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.	4	2.00	50.00%
	Recomandari: Stabilirea modalității de desfășurare a activității în unitatea sanitară a Consiliului etic			
Indicator neconform 03.02.01.02.03	Nomenclatorul arhivistic al spitalului este actualizat cu includerea documentelor rezultate din activitatea Consiliului etic.		Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1	
Criteriul 03.02.02	Spitalul asigură accesul la informațiile medicale personale.	18	8.00	44.44%

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Cerinta 03.02.02.01	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/împuțernicilor documentele medicale solicitate.	9	4.00	44.44%
	Recomandari: Stabilirea modalității de eliberare a documentelor medicale la solicitarea pacientului, aparținătorului sau împuțernicului; - Stabilirea responsabililor cu eliberarea documentelor medicale solicitate de pacient, aparținător sau împuțernic;			
Indicator neconform 03.02.02.01.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la condițiile specifice de eliberare a documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuțerniciți.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Cerinta 03.02.02.02	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.	9	4.00	44.44%
	Recomandari: Stabilirea modalității de eliberare a documentelor medicale la solicitarea autorităților;			
Indicator neconform 03.02.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către alte institutii / autorități.	Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2		
Criteriul 03.02.03	Spitalul asigură condiții pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicală.	14	14.00	100.00%
Cerinta 03.02.03.01	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	10	10.00	100.00%
Cerinta 03.02.03.02	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajați ai spitalului.	4	4.00	100.00%
Criteriul 03.02.04	Spitalul este preocupat de protecția pacienților în relația cu mediul extern.	12	4.50	37.50%
Cerinta 03.02.04.01	Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în institutje și la pacienți.	5	3.00	60.00%
	Recomandari: - Stabilirea condițiilor pentru accesul mass-media în unitatea sanitară, la pacienți; - Obținerea consimțământului pacientului cu privire la informațiile referitoare la starea sănătății sale, furnizate către mass-media. Asigurarea confidențialității și dreptului pacienților la intimitate precum și evitarea transmiterii în spațiul public a unor informații legate de pacienți se face prin respectarea unei modalități stricte de acces a reprezentanților mass-media la pacienți sau la informațiile legate de aceștia.			
Indicator neconform 03.02.04.01.03	Acordul pacientului/aparținătorilor pentru accesul mass-media la acesta și/sau la informațiile sale este consemnat în FO/documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	7	1.50	21.43%
	Recomandari: Identificarea situațiilor de intruziuni externe; - Stabilirea modalităților de prevenire și intervenție în situații de intruziuni externe.			
Indicator neconform 03.02.04.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 03.02.04.02.02	În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 3		
Criteriul 03.02.05	Spitalul reglementează înregistrarea audio/foto/video a pacienților în scop medical/didactic/de cercetare și pentru evitarea acuzațiilor de malpraxis.	15	8.00	53.33%
Cerinta 03.02.05.01	Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.	4	4.00	100.00%
Cerinta 03.02.05.02	Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.	11	4.00	36.36%
Recomandari: Stabilirea și documentarea condițiilor de desfășurare a înregistrărilor audio/foto/video în scop didactic sau de cercetare în cursul actului medical din unitatea sanitară;				
Indicator neconform 03.02.05.02.01	La nivelul spitalului este reglementată activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.02.05.02.03	Există consimțământul informat al pacientului/aparținătorilor, după caz, cu privire la înregistrarea audio/foto/video în scop medical, didactic și de cercetare.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

Standardul: 03.03

Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Standardul 03.03	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării	53	17.38	32.79%
Criteriul 03.03.01	Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competență deținută în cadrul specialității.	25	7.71	30.86%
Cerinta 03.03.01.01	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.	11	6.00	54.55%
	Recomandari: Evitarea acordării asistenței medicale cu depășirea competențelor personalului implicat determinate de lipsa certificărilor necesare.			
Indicator neconform 03.03.01.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Cerinta 03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	14	1.71	12.24%
	Recomandari: Efectuarea de instruiți specifice referitoare la situațiile de depășire a competențelor medicale și prevenirea acestora; - Monitorizarea respectării criteriilor stabilite cu privire la limitele de competență profesională.			
Indicator neconform 03.03.01.02.01	La nivelul spitalului sunt stabilite criteriile pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 10		
Indicator neconform 03.03.01.02.02	La nivelul spitalului există analiză anuală cu privire la modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Criteriul 03.03.02	Depășirea limitelor competenței este permisă în interesul pacientului.	28	9.67	34.52%
Cerinta 03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	9	0.67	7.41%
	Recomandari: Stabilirea modalității de acordarea asistenței medicale în urgențele cu risc vital cu depășirea temporară a competențelor medicale; - Instruirea periodică a personalului medical cu privire la acordarea asistenței medicale în urgențele cu risc vital cu depășirea temporară a competențelor medicale.			

Cod	Denumire	Punctaj maxim posibil	Punctaj obținut	Procent îndeplinit (%)
Indicator neconform 03.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 13		
Indicator neconform 03.03.02.01.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 10		
Cerinta 03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	19	9.00	47.37%
	Recomandari: - Identificarea situațiilor în care este permisă depășirea competențelor medicale în afara specialității; - Instruirea personalului cu privire la situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale în afara specialității; - Consemnare în documentele medicale a situațiilor de depășire a competențelor; - Analiza justificării și condițiilor de desfășurare a activității medicale în situațiile în care s-a depășit competența.			
Indicator neconform 03.03.02.02.03	Situațiile privind depășirea competențelor medicale sunt consemnate în FO/documentele medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		
Indicator neconform 03.03.02.02.04	La nivelul spitalului există analize periodice ale situațiilor privind depășirea competențelor medicale.	Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1		

5. Aprecieri și recomandări

POTENȚIAL DE ÎMBUNĂȚIRE

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

- asigurarea de către managementul resurselor umane a nevoilor de personal, conform misiunii asumate de către spital (std. 01.03);
- dezvoltarea unui sistem de comunicare la nivelul spitalului care să răspundă nevoilor organizației și ale beneficiarilor (std. 01.06);
- preluarea în îngrijire a pacienților, care se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului (std. 02.01);
- promovarea conceptului de -spitalul prieten al copilului-; (std. 02.04);
- capacitatea de asigurare a serviciile paraclinice conform cu nevoile de investigare stabilite de clinicieni (std. 02.05);
- asigurarea continuității tratamentului medicamentos și a siguranței pacientului printr-un management farmaceutic performant (std. 02.09);
- preocuparea de reducere a consumului nenesar de antibiotice și de prevenire a antibioretistenței prin implementarea bunelor practici de antibioticoterapie (std. 02.10);
- preocuparea de creștere a capacității de prevenire și control a infecțiilor asociate asistenței medicale prin implementarea și respectarea bunelor practici în domeniu (std. 02.11);
- dezvoltarea, respectiv implementarea politicii de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului (std. 02.12);
- respectarea principiului echității și justiției sociale, respectiv a drepturilor pacienților (std. 03.02);

PUNCTE SLABE

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

- existența concordanței strategiei și managementului strategic al organizației cu nevoia de îngrijiri de sănătate și dinamica pieței de servicii de sănătate (std. 01.01);
- asigurarea derulării optime a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale ca urmare a definirii corecte a structurii organizatorice și managementului organizațional (std. 01.02);
- managementul financiar și administrativ care răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului (std. 01.04);
- sistemul informațional care răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital (std. 01.05);
- organizarea, respectiv funcționarea sistemului de management al calității serviciilor, care asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în spital (std. 01.07);
- prevenirea apariției prejudiciilor prin managementul riscurilor neclinice care stau la baza procesului decizional (std. 01.08);

- necesitatea ca mediul de îngrijire să asigure condițiile utile pentru desfășurarea asistenței medicale (std. 01.09);
- evaluarea inițială prin identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) pentru stabilirea necesarului de asistență și îngrijiri medicale a acestora (std. 02.02);
- abordarea în mod integrat și specific a pacientului, cu aplicarea celor mai bune practici medicale, în vederea asigurării continuității asistenței și a îngrijirilor medicale (std. 02.03);
- preocuparea de reducere a riscului asociat utilizării sângelui și a produselor din sânge prin implementarea și respectarea bunelor practici transfuzionale și de hemovigilență (std. 02.13);
- implementarea auditului clinic în scopul îmbunătățirii asistenței medicale și reducerii variabilității de practică (std. 02.14);
- organizarea personalizată a externării sau a transferului pacientului în condiții de siguranță (std. 02.15);
- promovarea respectului pentru autonomia pacientului (std. 03.01);
- respectarea principiilor binefacerii și nonvătămării (std. 03.03);

Vă asigurăm de sprijinul nostru nemijlocit pentru îndeplinirea misiunii asumate.

6. Anexă la raportul de acreditare

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

Cod	ENUNȚ STANDARD	PUNCTAJ (%)
01.01	Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate	47.25%
01.02	Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale	0.00%
01.04	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului	38.51%
01.05	Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital	37.39%
01.07	Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității	18.02%
01.08	Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional	35.55%
01.09	Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale	42.02%
02.02	Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia	37.24%
02.03	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale	38.06%
02.13	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență	48.48%
02.14	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale	11.11%
02.15	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia	47.72%
03.01	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului	0.00%
03.03	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării	32.79%

INDICATORII CU PUNCTAJ (-10) IDENTIFICAȚI CA FIIND NECONFORMI

Cod Indicator neconform	Denumire	Nr. total aplicare	Identificat neconform
01.02.01.01.01	Autorizațiile specifice sunt în vigoare.	1	1
01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	1	1
01.02.01.01.03	Există documente justificative pentru autorizațiile sau avizele aflate pe circuitul de aprobare, după caz.	1	1
01.03.03.03.05	Reprezentatul angajaților participă ca invitat la ședințele comitetului director de analiză a calității vieții profesionale a angajaților.	1	1
01.05.04.01.02	Transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților se realizează cu păstrarea confidențialității.	1	1
01.05.04.05.08	Există un nomenclator arhivistic aprobat conform legii.	1	1
01.07.01.03.02	La nivelul spitalului există procedură cu privire la autoevaluarea calității serviciilor.	1	1
01.07.03.02.03	Conducerea spitalului asigură resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.	1	1
01.07.03.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	1	1
01.07.03.03.04	Există raportare către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.	1	1
01.07.05.02.01	SMC prezintă la ședințele Comitetului director nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității, rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor.	2	2
01.07.05.02.02	SMC prezintă la ședințele Consiliului medical nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor.	2	2
01.08.02.01.59	Există cabinet sau cabinete proprii de consultații în spitalizarea de zi.	3	3
01.08.02.01.60	Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi pentru adulți și copii, după caz.	3	3
01.08.02.01.61	Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi adaptată fluxului de pacienți.	3	3
01.08.02.01.62	Există grupuri sanitare proprii pentru pacienți în spitalizarea de zi.	3	3
01.08.02.01.63	Există grupuri sanitare proprii pentru personal în spitalizarea de zi.	3	3
01.08.02.01.82	Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale.	1	1
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	29	2
01.08.03.02.01	La nivelul spitalului există un inventar al serviciilor și produselor critice în caz de dezastru natural și catastrofă.	1	1
01.08.03.02.02	La nivelul spitalului există spațiu (spații) amenajat(e) ca depozit(e) pentru calamități.	3	3
01.09.01.07.02	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de monitorizare a respectării condițiilor de depozitare a alimentelor și materiilor prime necesare preparării hranei.	1	1
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	15	9

Cod Indicator neconform	Denumire	Nr. total aplicare	Identificat neconform
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	14	10
02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	11	6
02.03.01.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament.	1	1
02.04.03.01.05	Biberonerie/bucătăria de lapte este autorizată.	2	1
02.04.03.01.06	Sondele de alimentare enterală de unică folosință sunt existente în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici.	2	1
02.11.03.01.03	Număr probe sanitație cu rezultat pozitiv per număr total probe de sanitație recoltate de pe suprafețe din sectorul alimentar, în ultimul an calendaristic încheiat.	1	1
02.13.01.02.17	Efectuarea controlului ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este reglementată.	1	1
03.01.01.01.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de obținere a consimțământului informat.	2	2
03.01.01.01.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora.	2	2
03.01.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți.	2	2