



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

nr 4855/ANMCS/26.10.2023



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

Valentin-Florin
Ciocan

Digitally signed by Valentin-
Florin Ciocan
Date: 2023.10.26 14:58:53 +03'00'

Valentin-Florin CIOCAN

RAPORT DE ACREDITARE

SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE

"SFÂNTA PARASCHEVA" IAȘI

Cod ANMCS: A50121

Localitatea Iași, Județul Iași

CUPRINS

| | |
|---|----|
| Preambul | 3 |
| 1.1 Obiectivele și scopul acreditării | 3 |
| 1.2 Categoriile de acreditare a unităților sanitare cu paturi..... | 4 |
| 2. Informații generale | 7 |
| 2.1. Prezentare unitate sanitară cu paturi | 7 |
| 2.2 Vizita de evaluare..... | 11 |
| 3. Prezentarea rezultatelor obținute și încadrarea unității sanitare în categoria de acreditare | 12 |
| 4. Prelucrarea și analiza datelor obținute în urma procesului de evaluare | 14 |
| 4.1 Referința 01 - Managementul strategic și organizațional..... | 14 |
| 4.2 Referința 02 - Managementul clinic..... | 38 |
| 4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului | 68 |
| 5. Aprecieri și recomandări | 75 |
| 6. Anexă la raportul de acreditare | 77 |

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.

| Categorie de acreditare | Criterii și condiții cumulative | | | | | Observații |
|---|---------------------------------|---|--|--|---|--|
| | Criterii | | Condiții | | 2. Indicatori critici 100% îndepliniți | |
| | 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% | | |
| Categoria I Acreditat | cel puțin 90% | nu există | fără plan de conformare | | | 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. | - fiecare standard de acreditare să fie îndeplinit în proporție de cel puțin 51%; - indicatori critici privind siguranța pacientului 100% îndepliniți | | - 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; |

| Categorie 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 | 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 CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE "SFÂNTA PARASCHEVA" IAȘI.

Autorizație Sanitară de Funcționare (ASF) Nr.: 189/11.08.2021

Pentru obiectivul: SPITAL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE "SFÂNTA PARASCHEVA" IAȘI

Cu sediul în: Iași, str. Octav Botez, nr. 2, județul Iași

Cod ANMCS: A 50121

Localitate: Iași

Județ: Iași

Tip unitate sanitară cu paturi:

- Public
- Regional
- Specialitate
- Clinic cu secții universitare
- Categoria II M
- Pavilionar

Autoritate Tutelară: Consiliul Județean

Plan de conformare: Exista

- Planul de conformare existent la momentul vizitei de evaluare a fost realizat conform adresei DSP Iași nr. 5812/325A2Epi din data de 31/05/2023. A fost emis un nou plan de conformare nr. 9975/30.05.2023, termenul de remediere a neconformităților constatate fiind de maxim 12 luni.

Ordinul Ministerului Sănătății privind structura organizatorică: Nr. 200/2023

Număr total paturi din structura unitatii sanitare cu paturi: 310

Număr total secții/compartimente de sine stătătoare:

- număr secții: 6
- număr compartimente de sine stătătoare: 26

Structura organizatorică evaluată

Pentru obiectivul: SPITAL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE "SFÂNTA PARASCHEVA" IAȘI

Cu sediul în: Iași, str. Octav Botez, nr. 2, județul Iași

Secția de boli infecțioase I,
Secția clinică de boli infecțioase II,
Secția clinică de boli infecțioase III,
Secția clinică de boli infecțioase IV,
Secția boli infecțioase V,
Secția clinică de boli infecțioase VI,
Spitalizare de zi,
Camera de gardă,
Spitalizare de zi,
Farmacie,
UTS,
Compartiment terapie intensivă,
Laborator analize medicale,
Laborator radiologie și imagistică medicală,
Laborator anatomie patologică,
Compartiment de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale,
Ambulatoriu integrat cu cabinete în specialitățile boli infecțioase,
Stație centrală de sterilizare,
Spălătorie

Servicii TESA evaluate:

ADMINISTRATIV, ACHIZIȚII, JURIDIC, FINANCIAR-CONTABIL, RUNOS, STATISTICE, INFORMATICE, SMCSM, JURIDIC

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

Nu este cazul

Servicii externalizate:

AFFIDEA-ACORD CADRU NR.6575/01.04.2022(PT 2 ANI)-SERV.MEDICALE RMN SI CT;
INVESTIGATII MEDICALE PRAXIS- ACORD CADRU NR.6574/01.04.2022(PT 2 ANI) -
SERVC.MEDICALE ANALIZE DE SANGE; ZON-MED CONSULTING- CTR.8216/02.05.2023-
MEDICINA MUNCII; ZON-PROTECT CTR.NR.8203/02.05.2023 SERVICII SSM; SAFEXPERT HSE-
CTR NR.3111/13.02.2023 SERVICII PSI; EUROMEDICAL PROVIDER ACORD CADRU
NR.2565/07.02.2022 (PT 2 ANI) SERVICII CATERING(HRANA BOLNAVI); S.C.M. DE GRAD 1
COMELECTRA CTR.NR.8200/02.05.2023 SERVICII MENTENANTA RETELE ELECTRICE;
AMBASADOR GROUP SECURITY ACORD CADRU NR.5769/21.03.2022 SERVICII PAZA

Programe naționale la care participă unitatea sanitară cu paturi:

PROGRAMUL NATIONAL DE SUPRAVEGHERE SI CONTROL AL BOLILOR TRANSMISIBILE PRIORITYARE:

-Subprogramul national de supraveghere si control al infectiilor asociate asistentei medicale si a rezistentei microbiene, precum si de monitorizare a utilizarii antibioticelor

-Subprogramul national de testare NAAT/RT-PCR si de secventiere

-PROGRAMUL NATIONAL DE SUPRAVEGHERE SI CONTROL AL INFECTIEI HIV

-ACTIUNI PRIORITYARE PENTRU MONITORIZAREA, TRATAMENTUL SI INGRIJIREA PACIENTILOR CRITICI DIN SECTIILE ATI (AP-ATI)

-ACTIUNI PRIORITYARE PENTRU MONITORIZAREA, TRATAMENTUL SI INGRIJIREA PACIENTILOR CRITICI, CU INFECTII EMERGENTE SI REEMERGENTE (AP-IE/RE)

Cercetări la care participă unitatea sanitară cu paturi:

1.UN STUDIU DE FAZA ,MULTICENRIC,RANDOMIZAT,CONTROLAT, DE STABILIRE A EFICACITATII SI A SIGURANTEI A DOUA NIVELURI ALE DOZELOR DE PLITIDEPSINA FATA DE CONTROL LA PACIENTI ADULTI CARE NECESITA SPITALIZARE PENTRU GESTIONAREA INFECTIEI COVID-19 MODERATE.

2. PROTOCOL NR. MP1032-CT05 STUDIU DE FAZA IIA,RANDOMIZAT, IN REGIM DUBLU-ORB,CONTROLAT CU PLACEBO,MULTICENTRIC, DE DOVADA A CONCEPTULUI,PRIVIND MP1032 PLUS STANDARDUL DE INGRIJIRE COMPARATIV CU STANDARDUL DE INGRIJIRE IN TRATAMENTUL PACIENTILOR SPITALIZATI CU COVID 19 MODERAT PANA LA SEVER.

Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului: 65.82%

Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului:82.20%

Procentul cheltuielilor cu medicamente din totalul cheltuielilor spitalului: 3.7%

Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor spitalului: 1.40%

Nivelul ICM în ultimii 3 ani: 1.3187

Nivelul ICM pe anul în curs: 1.4871

Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi în ultimii 2 ani: 1.17

Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pe unitate sanitară cu paturi pe anul în curs: 1.31

Rata mortalității pe spital în ultimele 3 luni: 3.76

Indicele de concordanță a diagnosticului de la internare cu diagnosticul la externare în ultimele 12 luni: 0.70

Rata medie de ocupare a paturilor în ultimele 24 de luni: 58.11

Durata medie de spitalizare în ultimele 24 de luni: 7.3

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. 2922/ANMCS/20.05.2023.

Vizita de evaluare a fost efectuată de către Comisia de evaluare constituită în baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 122/28.04.2023, în perioada 22.05.2023 - 26.05.2023, având următoarea componență:

- Niculae GHINESCU, Coordonator
- Violeta - Nausica TĂLĂȘMAN, Președinte
- Georgeta-Luminița BUCUR, Membru
- Alona BUTMĂLAI, 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 **3159** indicatori aplicabili, din care **2935** indicatori conformi și **224** indicatori neconformi, rezultând:

- punctajul total obținut* **94.82%**
- numărul standardelor cu punctaj mai mic de 51%** **0**
- Procentajul indicatorilor cu punctaj (-10)*** **3.99%**

Unitatea sanitară are Plan de conformare asumat de către conducere și aprobat de către autoritatea tutelară, termenul maxim de îndeplinire a neconformităților constatate fiind **de 12 luni**.

În baza Ordinului Președintelui ANMCS nr. 10/2018 *privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare*, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 95 din 31 ianuarie 2018, **SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE "SFÂNTA PARASCHEVA" IAȘI, Județul Iași se încadrează în categoria a II-a Acreditat cu recomandări.**

*- 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;

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

| Capitol de Referință conform OMS 446/2017 | Nr. indicatori supuși analizei | Indicatori aplicabili | Indicatori C | Indicatori NC | Indicatori N/A | Punctaj obținut | Punctaj maxim | Procent (%) |
|---|--------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|-------------|
| 01 Managementul strategic și organizațional | 1694 | 1619 | 1441 | 178 | 75 | 1,710.32 | 1873 | 91.31% |
| 02 Managementul clinic | 1514 | 1422 | 1382 | 40 | 92 | 2,016.58 | 2111 | 95.53% |
| 03 Etica medicală și drepturile pacientului | 118 | 118 | 112 | 6 | 0 | 190.00 | 202 | 94.06% |
| TOTAL | 3326 | 3159 | 2935 | 224 | 167 | | | |

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.

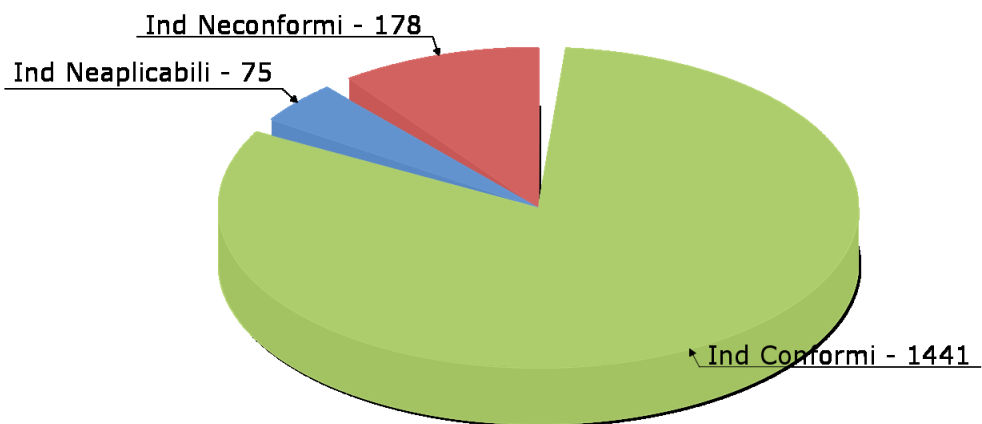
Punctaj obținut Referința 01 - 91.31%

În cadrul Referinței 01 au fost supuși analizei 1694 indicatori, fiind identificați:

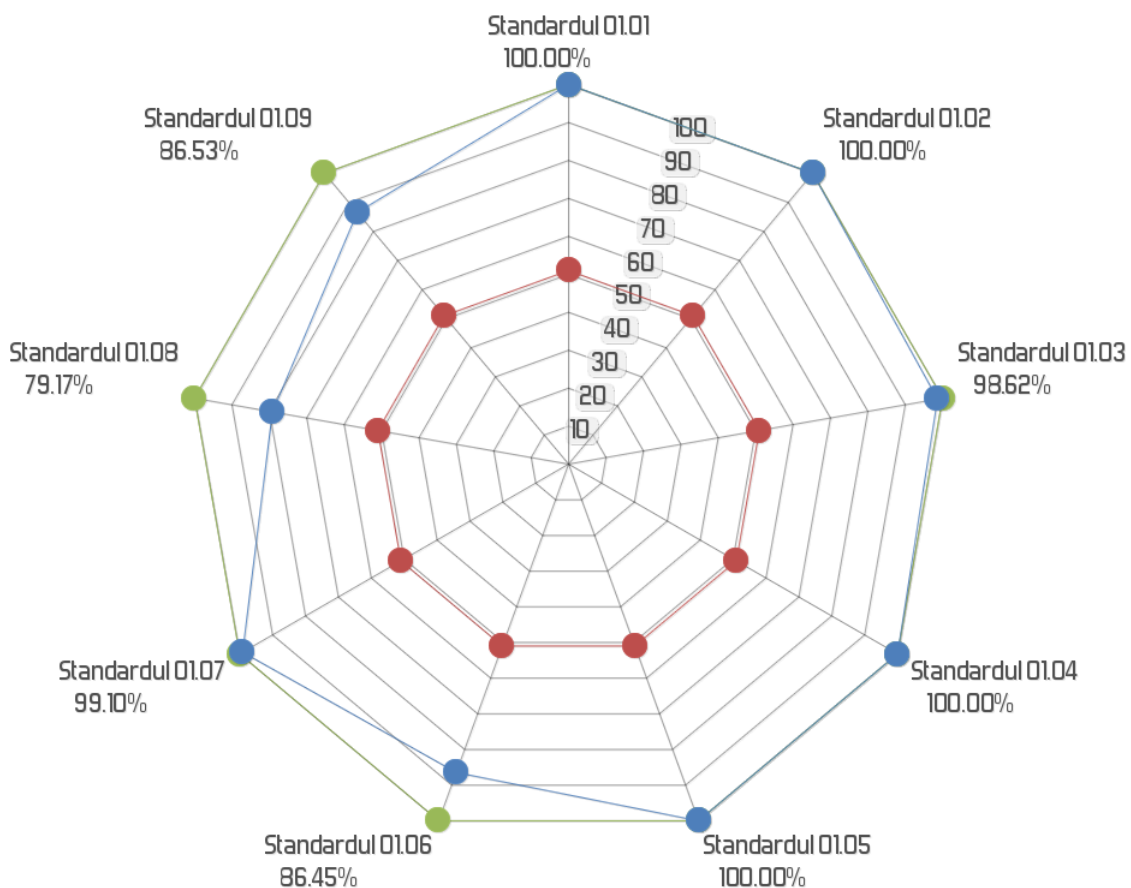
| | |
|-------------------------|------|
| indicatori conformi | 1441 |
| indicatori neconformi | 178 |
| indicatori neaplicabili | 75 |

obținând **1,710.32 puncte** din **1873 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **91.31%**

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 | 119 | 119.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.01.01 | Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii. | 30 | 30.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.01.01 | Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației cărora i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.01.02 | Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.01.02 | Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate nivelurile de decizie. | 31 | 31.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.02.01 | Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate. | 6 | 6.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.02.02 | Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților. | 20 | 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 | 30.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.03.01 | La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice. | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.03.02 | Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.03.03 | Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite. | 6 | 6.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Criteriul 01.01.04 | Strategia institutelor clinice și a spitalelor clinice include și dezvoltarea sectorului de cercetare științific | 28 | 28.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.04.01 | Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.04.02 | Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.01.04.03 | Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu. | 16 | 16.00 | 100.00% |

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 | 61.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.02.01 | Spitalul funcționează cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.02.01.01 | Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz. | 3 | 3.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.02.01.02 | Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.02.02 | Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată și, după caz, actualizată periodic. | 46 | 46.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.02.02.01 | Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile. | 6 | 6.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.02.02.02 | Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate. | 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 | 20.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Criteriul 01.02.03 | Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaționale, asigurând integrarea proceselor și consolidarea controlului managerial. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.02.03.01 | Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active. | 0 | 0.00 | Legalitate indeplinita |
| Cerinta 01.02.03.02 | Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional. | 5 | 5.00 | 100.00% |

Standardul: 01.03

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|---|-----------------|------------------------|
| Standardul 01.03 | Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital | 145 | 143.00 | 98.62% |
| Criteriul 01.03.01 | Politica de resurse umane este documentată și adaptată nevoilor privind organizarea și funcționarea unității. | 56 | 54.00 | 96.43% |
| 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. | 18 | 18.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.01.02 | Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.01.03 | Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului. | 15 | 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 | 11.00 | 84.62% |
| | Recomandari: Elaborarea, aprobarea și punerea în aplicare a unei modalități de instruire, formare continuă, perfecționare și/sau calificare a personalului. Este necesară realizarea periodică a evaluării performanțelor profesionale ale personalului și analizarea rezultatelor acestei evaluări. | | | |
| Indicator neconform 01.03.01.04.04 | Număr asistenți medicali care au urmat cursuri de educație medicală continuă având ca temă planul de îngrijire, efectuate anual per număr total asistenți, pentru fiecare secție. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| 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 | 40.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.02.01 | Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți. | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.02.02 | Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente. | 14 | 14.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------------|
| 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 | 49.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.03.01 | Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.03.02 | Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic. | 17 | 17.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.03.03.03 | Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale. | 25 | 25.00 | 100.00% |

Standardul: 01.04

Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Standardul 01.04 | Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului | 179 | 179.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.04.01 | Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea. | 19 | 19.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.01.01 | Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.01.02 | Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.04.02 | Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului susține realizarea planului anual de servicii. | 55 | 55.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.02.01 | Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor. | 31 | 31.00 | 100.00% |
| 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 | 41.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.03.01 | Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor. | 21 | 21.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.03.02 | Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.04.04 | Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor. | 64 | 64.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.04.01 | Spitalul asigura evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.04.02 | Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor. | 10 | 10.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Cerinta 01.04.04.03 | Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul. | 40 | 40.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.04.04.04 | Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale. | 7 | 7.00 | 100.00% |

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 | 232 | 232.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.05.01 | Sistemul informațional asigură datele necesare documentării activităților spitalului. | 21 | 21.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.01.01 | Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarele de activitate. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.01.02 | Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.05.02 | Circuitele și fluxurile informaționale susțin desfășurarea activităților și a procesului decizional. | 25 | 25.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.02.01 | Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.02.02 | Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.05.03 | Procesele informaționale fundamentează eficient deciziile la nivelul spitalului. | 22 | 22.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| 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 | 8.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.03.02 | Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.05.04 | Sistemul informatic și toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informațiilor) asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor. | 120 | 120.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.04.01 | Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor. | 25 | 25.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.04.02 | Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională. | 17 | 17.00 | 100.00% |
| 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 | 16.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.04.05 | Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor. | 41 | 41.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.04.06 | Distrușgerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.05.05 | Sistemul informațional asigură documentarea și susține procesul educațional al angajaților din spital. | 44 | 44.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.05.01 | Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital. | 22 | 22.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.05.05.02 | Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital. | 22 | 22.00 | 100.00% |

Standardul: 01.06

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|--|-----------------|------------------------|
| Standardul 01.06 | Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor | 219 | 189.33 | 86.45% |
| Criteriul 01.06.01 | Comunicarea externă răspunde nevoilor beneficiarilor și ale spitalului. | 149 | 123.33 | 82.77% |
| Cerinta 01.06.01.01 | Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate. | 28 | 19.00 | 67.86% |
| | Recomandari: Adaptarea mijloacelor de comunicare a diferitelor informații către public la posibilitățile tehnice, de înțelegere și utilizare ale potențialilor beneficiari. | | | |
| Indicator neconform 01.06.01.01.03 | La nivelul spitalului există birou de informații. | Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 6 | | |
| Cerinta 01.06.01.02 | Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă. | 31 | 31.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.01.03 | Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință. | 33 | 16.33 | 49.49% |
| | 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: 6 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: 6 Identificat neconform: 2 | | |
| Indicator neconform | La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcasele obligatorii în limba română și marcase/inscripționări multilingvistice. | Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 1 | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|--|---|-----------------|------------------------|
| 01.06.01.03.12 | | | | |
| Indicator neconform 01.06.01.03.13 | La nivelul spitalului există marcaje/inscripționări accesibile nevăzătorilor. | Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 14 | | |
| Cerinta 01.06.01.04 | Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului. | 8 | 8.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.01.05 | Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului. | 6 | 6.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.01.06 | Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.01.07 | Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire. | 5 | 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 | 44.00 | 95.65% |
| Cerinta 01.06.02.01 | Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale. | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.02.02 | Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști. | 16 | 16.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.02.03 | Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților. | 17 | 15.00 | 88.24% |
| | 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 | | |
| Criteriul 01.06.03 | Comunicarea cu pacientul urmărește implicarea acestuia în procesul de îngrijire. | 24 | 22.00 | 91.67% |
| Cerinta 01.06.03.01 | Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.06.03.02 | Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării. | 13 | 11.00 | 84.62% |
| | Recomandari: - Evaluarea periodică a eficacității comunicării, în vederea identificării disfuncționalităților și adoptării măsurilor de îmbunătățire care se impun. | | | |
| Indicator neconform 01.06.03.02.04 | Număr reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |

Standardul: 01.07

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Standardul 01.07 | Sistemul de management al calității serviciilor este operațional și asigură desfășurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității | 222 | 220.00 | 99.10% |
| Criteriul 01.07.01 | Sistemul de management al calității vizează optimizarea continuă a proceselor de la nivelul organizației. | 81 | 81.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.01.02 | Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor. | 33 | 33.00 | 100.00% |
| 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 | 35.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.01.04 | Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate. | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.07.02 | Structura de management al calității (SMC) împreună cu conducerea spitalului asigură dezvoltarea culturii calității în spital. | 22 | 22.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.02.01 | Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.02.02 | Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital. | 15 | 15.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.07.03 | Spitalul elaborează și implementează un plan de acțiuni privind asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților la nivelul întregului spital. | 41 | 41.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.03.01 | Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare. | 15 | 15.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.03.02 | Planul de acțiuni pentru implementarea managementului calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității. | 5 | 5.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|---|-----------------|------------------------|
| Cerinta 01.07.03.03 | SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.03.04 | Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| 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: -Evaluarea calității serviciilor medicale din perspectiva pacientului și îmbunătățirea permanentă a acestora. În vederea creșterii gradului de satisfacție al pacienților, la nivelul unității sanitare ar trebui să existe o reglementare a modului de gestionare a sugestiilor și reclamațiilor, care ulterior, trebuiesc analizate lunar. Rapoartele rezultate în urma analizei vor asigura o imagine reală a nevoilor pacienților și adaptarea continuă a unității sanitare la aceste nevoi. | | | |
| Indicator neconform 01.07.04.03.02 | 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 | 34.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.05.01 | Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.07.05.02 | Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților. | 20 | 20.00 | 100.00% |

Standardul: 01.08

Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional

Scopul acestui standard este de a releva spitalului importanța asigurării cadrului de relaționare pe domeniile pe care le acoperă conceptul de securitate (în unitate, la nivelul localității, cu instituția finanțatoare, cu instituția/structura ierarhic superioară, cu vecinii, cu purtătorii de expertiză) și, concomitent, stabilirii unui instrument obiectiv de evaluare a stadiului aplicării preocupărilor 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 | 479 | 379.23 | 79.17% |
| Criteriul 01.08.01 | Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii. | 53 | 53.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.01.01 | Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza și tratarea riscurilor. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.01.02 | Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție. | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.01.03 | Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate. | 28 | 28.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.08.02 | Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față de potențiale prejudicii. | 350 | 260.23 | 74.35% |
| 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. | 170 | 88.54 | 52.08% |
| | 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. Aceași 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 01.08.02.01.12 | Spitalul asigură spații de parcare pentru pacienți/aparținători semnalizate și luminate. | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | |
| 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: 15 Identificat neconform: 2 | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|--|-----------------------|-----------------|---|
| Indicator neconform 01.08.02.01.17 | Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă. | | | Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 1 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.18 | Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târgi sau a unui pat mobil. | | | Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 8 |
| 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: 16 Identificat neconform: 2 |
| 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: 16 Identificat neconform: 15 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.30 | Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior. | | | Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 2 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.33 | Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități. | | | Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 12 |
| 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: 7 Identificat neconform: 1 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.43 | Ferestrele au sisteme antidefenestrare. | | | Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 1 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.44 | Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor. | | | Nr. total aplicare: 15 Identificat neconform: 1 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.45 | Saloanele au grup sanitar propriu. | | | Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 5 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.46 | Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități. | | | Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 10 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.47 | Număr grupuri sanitare care asigură acces persoanelor cu dizabilități per număr saloane. | | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 |
| Indicator neconform 01.08.02.01.56 | Există acces facil din zona de spitalizare de zi în serviciul de urgență. | | | Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1 |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|---|---|-----------------|------------------------|
| Indicator neconform 01.08.02.01.57 | Există acces facil din zona de spitalizare de zi la laboratoarele de investigații. | Nr. total aplicare: 3 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: 1 | | |
| 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: 2 | | |
| Indicator neconform 01.08.02.01.62 | Există grupuri sanitare proprii pentru pacienți în spitalizarea de zi. | Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1 | | |
| Indicator neconform 01.08.02.01.63 | Există grupuri sanitare proprii pentru personal în spitalizarea de zi. | Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1 | | |
| 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 01.08.02.01.88 | Numărul surse de oxigen și aspirație asigurat per număr paturi per secție/compartiment. | Nr. total aplicare: 7 Identificat neconform: 6 | | |
| Indicator neconform 01.08.02.01.89 | Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare. | Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 01.08.02.02 | Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase. | 26 | 26.00 | 100.00% |
| 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 | 3.67 | 73.33% |
| | Recomandari: Este obligatorie existența lifturilor care să îndeplinescă condițiile necesare transportului pacienților, personalului, alimentelor, deșeurilor etc. | | | |
| Indicator neconform 01.08.02.04.01 | Programul de utilizare a lifturilor asigură desfășurarea și continuitatea activităților în spital. | Nr. total aplicare: 3 Identificat neconform: 1 | | |
| Indicator neconform 01.08.02.04.02 | Există minim două lifturi funcționale pentru transportul cu targa. | Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2 | | |
| Cerinta 01.08.02.05 | La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane. | 32 | 25.95 | 81.09% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|--|---|-----------------|------------------------|
| | 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 01.08.02.05.03 | Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special. | Nr. total aplicare: 20 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: 9 Identificat neconform: 6 | | |
| Cerinta 01.08.02.06 | Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism. | 17 | 17.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.02.07 | Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.02.08 | Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.02.09 | Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică. | 22 | 22.00 | 100.00% |
| 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 | 23.07 | 96.13% |
| | 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 01.08.02.11.06 | Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților. | Nr. total aplicare: 14 Identificat neconform: 13 | | |
| 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 | 66.00 | 86.84% |
| Cerinta 01.08.03.01 | Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate. | 38 | 38.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.08.03.02 | La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă. | 29 | 19.00 | 65.52% |
| | 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. | | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|--|---|-----------------|------------------------|
| Indicator neconform 01.08.03.02.03 | La nivelul depozitului pentru calamități există rezervă de paturi și păaturi suplimentare. | Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2 | | |
| Cerinta 01.08.03.03 | Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și razboi. | 9 | 9.00 | 100.00% |

Standardul: 01.09

Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|-----------------------|--|------------------------|
| Standardul 01.09 | Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale | 217 | 187.77 | 86.53% |
| Criteriul 01.09.01 | Organizarea mediului de îngrijire respectă condițiile privind capacitatea și competențele asumate ale spitalului. | 165 | 136.46 | 82.70% |
| Cerinta 01.09.01.01 | Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient. | 7 | 3.00 | 42.86% |
| | Recomandari: În vederea îmbunătățirii calității serviciilor hoteliere și a particularizării acestora în funcție de pacient, unitatea sanitară ar trebui să asigure: -un sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar, -sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat; | | | |
| Indicator neconform 01.09.01.01.06 | Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi în spital. | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | |
| Indicator neconform 01.09.01.01.08 | Număr saloane cu mai mult de patru paturi per număr total saloane. | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | |
| Cerinta 01.09.01.02 | Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate. | 4 | 3.33 | 83.33% |
| | Recomandari: Implementarea reglementării în ceea ce privește modul de respectare a demnității și intimității pacientului pe parcursul desfășurării examinărilor, consultațiilor și tratamentelor medicale și chirurgicale. | | | |
| Indicator neconform 01.09.01.02.02 | La nivelul secțiilor și spațiilor comune există grupuri sanitare pentru vizitatori. | | Nr. total aplicare: 12 Identificat neconform: 8 | |
| Cerinta 01.09.01.03 | Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor. | 21 | 10.13 | 48.21% |
| | Recomandari: Organizarea transportului de pacienți, cu respectarea reglementărilor existente la nivelul unității sanitare, adaptate fiecărui serviciu, prin: | | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|--|-----------------------|---|------------------------|
| | - existența circuitelor și mijloacelor de transport, cu destinații specifice, adecvate din toate punctele de vedere și în număr suficient pentru orice situație; - dotarea cu brancarde și fotolii rulante prevăzute cu sisteme de siguranță, de asigurare a integrității fizice pe timpul transportului pacientului, atât în zona primirii pacienților, cât și la nivelul secțiilor/compartimentelor; - existența unei persoane desemnate care însoțește pacientul în timpul deplasărilor acestuia în interiorul spitalului, pentru efectuarea investigațiilor. | | | |
| Indicator neconform 01.09.01.03.03 | Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie. | | Nr. total aplicare: 8 Identificat neconform: 7 | |
| Indicator neconform 01.09.01.03.08 | La nivelul secției există brancardier angajat pentru însoțirea/transportul pacienților internați pentru efectuarea investigațiilor. | | Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 6 | |
| Cerinta 01.09.01.04 | Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate. | 16 | 3.00 | 18.75% |
| | Recomandari: Asigurarea curățeniei spațiilor instituției și echipamentelor aferente, prin punerea în aplicare a procedurilor specifice și evidențierea responsabilităților privind asigurarea curățeniei în fișele de post. Considerăm că sunt necesare următoarele activități: -Igienizarea pentru echipamente și instalații trebuie efectuată respectând un program de igienizare, -Elaborarea și respectarea programului de curățenie la nivelul spațiilor unității sanitare și afișarea acestuia la loc vizibil, -Igienizarea fiecărui tip de zonă/suprafață/operațiune cu ustensile marcate distinct, spitalul asigurând condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale, -Asigurarea la nivelul fiecărei secții/compartiment a unui ploscar funcțional pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi); -Semnalizarea distinctă a lifturilor în funcție de specificul de transport. | | | |
| Indicator neconform 01.09.01.04.04 | Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor. | | Nr. total aplicare: 13 Identificat neconform: 13 | |
| Indicator neconform 01.09.01.04.07 | Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face cel puțin de 2 ori pe zi per număr pacienți chestionați. | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | |
| Indicator neconform 01.09.01.04.08 | Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face de câte ori este necesar pe zi per număr pacienți chestionați. | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | |
| Cerinta 01.09.01.05 | Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.09.01.06 | Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.09.01.07 | Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.09.01.08 | Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă. | 16 | 16.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.09.01.09 | Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical. | 38 | 38.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|--|-----------------|------------------------|
| Cerinta 01.09.01.10 | Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă. | 17 | 17.00 | 100.00% |
| Criteriul 01.09.02 | Mediul de îngrijire este evaluat și adaptat permanent la necesitățile asistenței medicale. | 52 | 51.31 | 98.67% |
| 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% |
| Cerinta 01.09.02.03 | Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Cerinta 01.09.02.04 | Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant. | 11 | 10.31 | 93.71% |
| | 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: 13 Identificat neconform: 1 | | |

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 acesteia fiind reflectate în standardele prezentate.

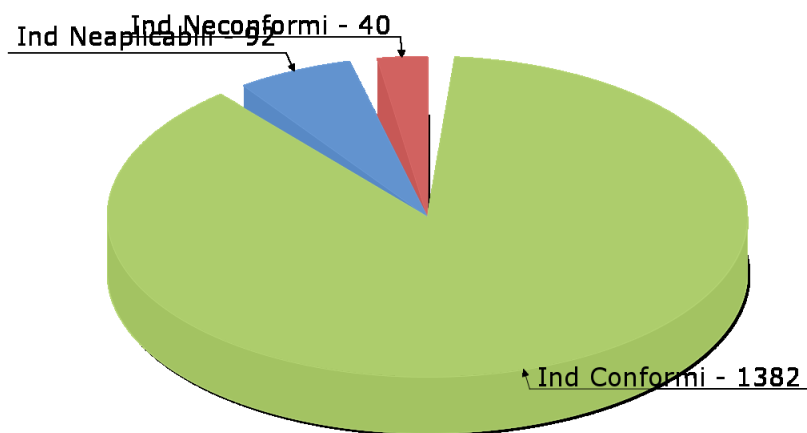
Punctaj obținut Referința 02 - 95.53%

În cadrul Referinței 02 au fost supuși analizei 1514 indicatori, fiind identificați:

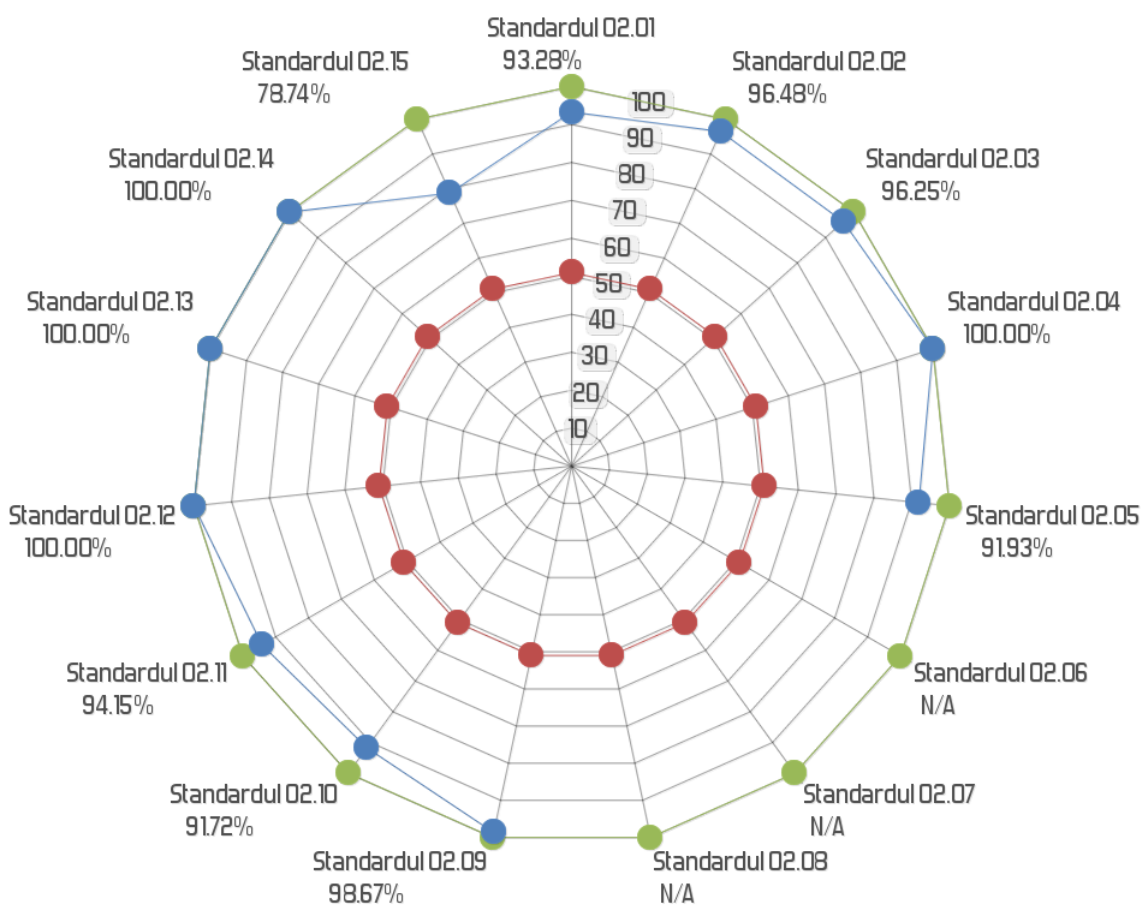
| | |
|-------------------------|------|
| indicatori conformi | 1382 |
| indicatori neconformi | 40 |
| indicatori neaplicabili | 92 |

obținând **2,016.58 puncte** din **2111 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **95.53%**

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 | 290 | 270.50 | 93.28% |
| Criteriul 02.01.01 | Spitalul și-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional. | 38 | 38.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.01.01.01 | Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiiile specifice. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.01.01.02 | Spitalul a identificat patologiiile pentru care dispune de resurse. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.01.02 | Preluarea în îngrijire a pacienților este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora. | 37 | 37.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.01.02.01 | Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului. | 19 | 19.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.01.02.02 | Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență. | 18 | 18.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.01.03 | Spitalul are organizat serviciul de urgențe medicale. | 154 | 142.00 | 92.21% |
| Cerinta 02.01.03.01 | Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent. | 42 | 30.00 | 71.43% |
| | Recomandari: - Medicii trebuie să fie instruiți în "Suport avansat al vieții"(ALS), iar întreg personalul în "Suport bazal al vieții" (BLS); | | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|---|--|-----------------|------------------------|
| | - 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 02.01.03.01.09 | Există defibrilator în dotarea structurii. | Nr. total aplicare: 10 Identificat neconform: 2 | | |
| 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. | 112 | 112.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.01.04 | Spitalul asigură servicii adaptate și pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale sau manifestări agresive. | 61 | 53.50 | 87.70% |
| Cerinta 02.01.04.01 | Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare. Recomandari: Cerința vizează respectarea principiului non-discriminării și asigurarea unei evaluări corecte și complete a pacientului în vederea preluării în îngrijire a acestuia. Îndeplinirea acestei cerințe constituie o prioritate pentru managementul spitalului. | 45 | 37.50 | 83.33% |
| Indicator neconform 02.01.04.01.08 | Condițiile de spațiu și circuitele pentru preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților permit accesul pacienților cu dizabilități. | Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 5 | | |
| Cerinta 02.01.04.02 | Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive. | 16 | 16.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.01.05 | Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu secții de psihiatrie asigură servicii adaptate pacienților psihiatrici. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.01.05.01 | Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează intemarea nevoluntară a pacientului psihiatric. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.01.05.02 | Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează intemarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.01.05.03 | Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.01.05.04 | Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.01.05.05 | Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare. | 0 | 0.00 | N/A |

Standardul: 02.02

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Standardul 02.02 | Evaluarea inițială urmărește identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) și stabilește necesarul de asistență și îngrijiri medicale pentru aceștia | 128 | 123.50 | 96.48% |
| 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 | 53.50 | 95.54% |
| 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 | 37.50 | 93.75% |
| | <p>Recomandari: Se recomandă îndeplinirea acestei cerințe având în vedere următoarele:</p> <p>Evaluarea stării inițiale a pacientului permite medicului să decidă dacă dispune de resursele necesare pentru a prelua pacientul în îngrijire sau, dacă patologia acestuia, depășește competența spitalului, îl poate orienta către alt serviciu medical. Absența unei evaluări inițiale este în detrimentul pacientului și spitalului deoarece există posibilitatea preluării de cazuri care depășesc competența spitalului. Deasemenea alegerea greșită a modalității de rezolvare a cazului (în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continuă) poate reprezenta un risc pentru pacient (acesta să nu primească tipul de îngrijire necesar sau întârzierea primirii serviciului medical) sau pentru spital (când se internează pacienți care pot fi tratați în ambulatoriu sau spitalizarea de zi, risc financiar).</p> <p>Medicul care preia pacientul trebuie să îl evalueze din punct de vedere al riscului (infecțios, de cădere, agresivitate) și să consemneze în FO și patcuparitățile imediate de îngrijire.</p> <p>Calcularea timpilor de la prezentare până la internare a pacientului ajută la stabilirea distribuției personalului, a stabilirii nevoii de personal (în cazul timpilor de așteptare foarte mari, cand personalul este depășit de aflusul de pacienți).</p> <p>Pentru evitarea acordării de îngrijiri incomplete sau întârzieri în acordarea acestora, unitatea sanitară trebuie să se preocupe de identificarea patologiilor pentru a căror tratare dispune de resurse și să definească modul în care pacientul va fi tratat.</p> | | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|--|---|-----------------|------------------------|
| Indicator neconform 02.02.01.01.07 | Intervalul de timp (exprimat în minute) din momentul prezentării până în momentul internării pe secție a pacientului. | Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 3 | | |
| Cerinta 02.02.01.02 | Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.02.01.03 | Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.02.02 | Evaluarea inițială a pacientului include factorii psihocomportamentali și socioeconomiци pentru asigurarea continuității îngrijirilor. | 72 | 70.00 | 97.22% |
| 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 | 15.00 | 88.24% |
| | 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 02.02.02.02.03 | Planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.02.02.03 | Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale. | 32 | 32.00 | 100.00% |

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 | 267 | 257.00 | 96.25% |
| Criteriul 02.03.01 | Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament. | 82 | 77.00 | 93.90% |
| Cerinta 02.03.01.01 | Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificări stabilite de către medicul curant. | 13 | 8.00 | 61.54% |
| | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consemnarea Planului de management al cazului în FO; - Stabilirea la nivelul unității a criteriilor de prioritizare a accesului la investigații și intervenții terapeutice și diseminarea acestora la nivelul tuturor structurilor medicale. <p>Furnizarea unui serviciu eficace, eficient și sigur pentru pacientul aflat în îngrijire nu se poate face în lipsa unei planificări prealabile, în conformitate cu nevoile specifice.</p> <p>Se recomandă ca această planificare să fie adaptată dinamic la cerințele / nevoile corespunzătoare tuturor pacienților aflați în îngrijire pentru evitarea aglomerării și prelungirii nejustificate a perioadei de spitalizare, cu expunerea pacientului la riscuri nosocomiale suplimentare.</p> | | | |
| Indicator neconform 02.03.01.01.01 | Planul de management al cazului (etapele de diagnostic și tratament) este consemnat în FO. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.03.01.02 | Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.01.03 | Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.01.04 | Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.01.05 | Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.03.02 | Abordarea integrată a pacientului este o uzanță a practicii medicale. | 70 | 68.00 | 97.14% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|--|---|-----------------|------------------------|
| Cerinta 02.03.02.01 | Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.02.02 | Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO). | 8 | 6.00 | 75.00% |
| | Recomandari: - Stabilirea informațiilor necesar a fi consemnate în foaia de observație cu privire la motivarea solicitărilor de consulturi interdisciplinare; - Monitorizarea consemnării în timp real a informațiilor privind solicitările consultului interdisciplinar. Pentru evitarea acordării de servicii nejustificate și totodată asigurarea trasabilității actului medical, trebuie ca spitalul să se preocupe de înregistrarea în FO a fundamentării medicale a solicitărilor de consulturi interdisciplinare. | | | |
| Indicator neconform 02.03.02.02.02 | Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.03.02.03 | A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.02.04 | Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR). | 32 | 32.00 | 100.00% |
| 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. | 30 | 30.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.03.01 | Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| 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 | 54.00 | 96.43% |
| Cerinta 02.03.04.01 | Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.04.02 | Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.04.03 | Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului. | 4 | 4.00 | 100.00% |
| 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. | 8 | 8.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.03.04.05 | Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului. | 13 | 11.00 | 84.62% |
| | 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. | | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|--|---|-----------------|------------------------|
| | Neacordarea îngrijirilor necesare ca timp și resurse crește riscul complicațiilor. | | | |
| Indicator neconform 02.03.04.05.03 | Număr personal medical de îngrijire existent per număr personal medical necesar estimat. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Criteriul 02.03.05 | Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real și evitând redundanțele, accesul la acestea fiind reglementat. | 29 | 28.00 | 96.55% |
| 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. | 16 | 15.00 | 93.75% |
| | 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. | | | |
| Indicator neconform 02.03.05.02.05 | În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor. | Nr. total aplicare: 6 Identificat neconform: 3 | | |

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 pediatrice 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" | 48 | 48.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.04.01 | Spitalul a adoptat o politică de promovare a alimentației la sân în secțiile de neonatologie. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.04.01.01 | Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.04.01.02 | Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării. | 0 | 0.00 | N/A |
| 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. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.04.01.04 | Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării. | 0 | 0.00 | N/A |
| Criteriul 02.04.02 | Spitalul se preocupă de identificarea și prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou-născut. | 1 | 1.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.04.02.01 | Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului. | 1 | 1.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.04.02.02 | Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului. | 0 | 0.00 | N/A |
| Criteriul 02.04.03 | Spitalul se preocupă de asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului. | 47 | 47.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.04.03.01 | Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului. | 27 | 27.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.04.03.02 | Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii. | 20 | 20.00 | 100.00% |

Standardul: 02.05

Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|--|--|-----------------|------------------------|
| Standardul 02.05 | Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare | 152 | 139.73 | 91.93% |
| Criteriul 02.05.01 | Întreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuată în colaborare cu medicii clinicieni. | 28 | 28.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.05.01.01 | Secțiunile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului. | 17 | 17.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.05.01.02 | Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.05.02 | Serviciile paraclinice răspund necesităților de investigare a pacienților în ceea ce privește accesibilitatea, calitatea și intervalul de timp până la obținerea rezultatelor. | 67 | 66.73 | 99.59% |
| Cerinta 02.05.02.01 | Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| 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; - Stabilirea și respectarea modalității de comunicare a rezultatelor aflate în interval de referință, de alertă sau critice. Dezvoltarea tehnologică rapidă, variabilitatea aparaturii utilizate, precum și existența metodelor variate utilizate în măsurarea parametrilor biologici, impune cunoașterea de către prescriptor a modalității de integrare a rezultatelor emise de laborator. | 6 | 5.73 | 95.45% |
| Indicator neconform 02.05.02.02.02 | La nivelul spitalului există un sistem funcțional de comunicare/alertare a valorilor critice și a neconformităților pentru investigațiile solicitate, între laboratoare și medicii care au solicitat investigațiile. | Nr. total aplicare: 11 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.05.02.03 | Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic. | 37 | 37.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.05.03 | Laboratorul se preocupă de satisfacerea în condiții optime a nevoilor de investigare. | 57 | 45.00 | 78.95% |
| Cerinta 02.05.03.01 | Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate. | 26 | 23.00 | 88.46% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|---|-----------------|------------------------|
| | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizarea calibrărilor și controalelor interne de calitate, adaptate aparaturii și metodelor de lucru utilizate; - Participarea la scheme externe de intercomparare: controale externe de calitate; - Solicitarea, de către profesioniștii din laborator, a unei a doua opinii, de la profesioniștii din alte laboratoare. <p>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 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.</p> | | | |
| 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: 5 Identificat neconform: 1 | | |
| 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: 5 Identificat neconform: 1 | | |
| Indicator neconform 02.05.03.01.05 | Solicitarea de investigații se face utilizând formulare tipizate. | Nr. total aplicare: 5 Identificat neconform: 1 | | |
| | Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator. | 31 | 22.00 | 70.97% |
| Cerinta 02.05.03.02 | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizarea sistemului "dubla verificare" în toate situațiile identificate de laborator, care ar putea genera confuzii; - Recoltarea produselor biologice în condiții de siguranță, în recipiente închise ermetic; - Transportarea probelor biologice în condiții de siguranță, cu respectarea timpului de transport și a condițiilor termice de transport recomandate; - Respectarea timpului angajat de predare a rezultatelor la medicul prescriptor. <p>Erorile în acordarea serviciului paraclinic survin în proporție de 40% în faza preanalitică și 40% în postanalitic. Evenimente cu potențial major generator de erori care pot influența rezultatul emis de laborator se află în afara acestuia. Identificarea, rezolvarea și prevenirea apariției neconformităților survenite în preanalitic/postanalitic trebuie să constituie o preocupare pentru laborator.</p> | | | |
| Indicator neconform 02.05.03.02.05 | Spitalul utilizează soluții de automatizare a fluxurilor operaționale de transport probe/rezultate între sectoarele de activitate. | Nr. total aplicare: 2 Identificat neconform: 2 | | |

Standardul: 02.06

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

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

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Standardul 02.06 | Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR) | 0 | 0.00 | N/A |
| Criteriul 02.06.01 | Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură accesul pacienților cu BCR la tratamentul de supleere a funcției renale (TSFR) individualizat și la momentul optim. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.06.01.01 | Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.06.01.02 | Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de supleere renală. | 0 | 0.00 | N/A |
| Criteriul 02.06.02 | Eficacitatea și eficiența TSFR (tratamentelor de supleere renală) sunt preocupări constante ale unității de dializă. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.06.02.01 | Unitatea care inițiază dializa decide asupra modalității de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienții și familiile lor. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.06.02.02 | Unitatea care inițiază dializa colaborează cu secțiile/compartimentele de nefrologie care recomandă inițierea tratamentului și cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă. | 0 | 0.00 | N/A |
| Criteriul 02.06.03 | Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi, monitorizează evoluția (performanța medicală a tratamentului prin dializă) pacienților dializați. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.06.03.01 | Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează și transmite online, 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 paliativă, 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/aparținător | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.08.03.05 | Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii 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/aparținătorilor. | 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 patologieilor 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 | 150 | 148.00 | 98.67% |
| Criteriul 02.09.01 | La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor și monitorizare a prescrierilor. | 92 | 90.00 | 97.83% |
| Cerinta 02.09.01.01 | Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie. | 35 | 33.00 | 94.29% |
| | 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 02.09.01.01.11 | Număr pacienți care afirmă că au cumpărat medicamente sau alte materiale medicale per număr pacienți chestionați. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.09.01.02 | Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației. | 28 | 28.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.09.01.03 | Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical. | 29 | 29.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.09.02 | Infrastructura și organizarea activității farmaceutice susțin trasabilitatea medicamentelor uzuale. | 58 | 58.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.09.02.02 | Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice. | 40 | 40.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.09.02.04 | Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.09.02.05 | Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții optime de farmacia spitalului/farmacistul șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacologul/farmacistul clinician. | 7 | 7.00 | 100.00% |

Standardul: 02.10

Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|---|-----------------------|---|------------------------|
| Standardul 02.10 | Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie | 157 | 144.00 | 91.72% |
| Criteriul 02.10.01 | Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare antibioticoterapiei. | 38 | 38.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.10.01.01 | Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor. | 27 | 27.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.10.01.02 | Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.10.02 | Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora. | 33 | 20.00 | 60.61% |
| Cerinta 02.10.02.01 | Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioticoterapie recunoscute și rezultatului antibiogramelor, după caz. Recomandari: -Stabilirea condițiilor specifice de prescriere a antibioticelor în spital; -Stabilirea condițiilor de inițiere a tratamentului cu antibiotice până la rezultatul antibiogramelor. Existența protocoalelor de antibioticoterapie precum și implicarea medicului infecționist în prescrierea antibioticelor reprezintă, conform ECDC "Key messages for professionals in hospitals and other healthcare settings", cele mai importante măsuri pentru promovarea bunei utilizări a antibioticelor, evitând astfel prescrierea inutilă sau nepotrivită, adică: - întârzierea inițierii administrării la pacienții critici; - spectrul antibioticului prea larg sau prea îngust; - doza prea mică sau prea mare; - durata administrării prea lungă sau prea scurtă; - antibioticoterapia nu este revizuită la 48-72 ore, sau când rezultatele antibiogramelor devin disponibile. | 23 | 16.00 | 69.57% |
| Indicator neconform 02.10.02.01.03 | Tratamentul antibacterian este susținut de rezultatele examenelor microbiologice (identificarea microscopică a bacteriei, cultura bacteriană și antibiograma, după caz). | | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---------------------------------------|--|---|-----------------|------------------------|
| Cerinta 02.10.02.02 | Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată. | 6 | 2.00 | 33.33% |
| | Recomandari: - Consemnarea în FO a condițiilor prescrierii de antibiotice. Documentarea prescrierii de antibiotice este necesară pentru evaluarea consumului la nivelul spitalului și elaborarea ghidurilor de tratament de către medicul de boli infecțioase sau farmacist, așa cum e prevăzut în Ordinul MS nr. 1101/2016. Pentru stabilirea duratei antibioterapiei medicul curant trebuie să colaboreze cu farmacistul și medicul de boli infecțioase. | | | |
| Indicator neconform 02.10.02.02.01 | Durata estimată a antibioterapiei este înscrisă în FO. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Indicator neconform 02.10.02.02.03 | Prelungirea tratamentului cu antibiotice peste 7 zile este justificată în FO și avizată de șeful de secție. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.10.02.03 | Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia. | 4 | 2.00 | 50.00% |
| | Recomandari: - Înregistrările cu privire la recomandarea antibioticelor permit identificarea prescriptorului; - Înregistrările cu privire la recomandarea antibioticelor trebuie să cuprindă justificările modificărilor de prescriere. | | | |
| 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 | 29.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.10.03.01 | Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| 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 | 32.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.10.04.01 | Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței. | 19 | 19.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.10.04.02 | Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitoriz | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.10.05 | Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici. | 25 | 25.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Cerinta 02.10.05.01 | Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.10.05.02 | Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate. | 18 | 18.00 | 100.00% |

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 | 410 | 386.00 | 94.15% |
| Criteriul 02.11.01 | Managementul spitalului are organizată activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale. | 120 | 111.00 | 92.50% |
| Cerinta 02.11.01.01 | Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.01.02 | Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale. | 25 | 25.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.01.03 | Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri. Recomandari: - Identificarea sectoarelor de activitate care necesită programe de prevenire intensive și susținute; - Evaluarea impactului implementării programelor preventive la nivelul sectoarelor de activitate; - Înființarea și funcționarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității sanitare; - Organizarea registrelor de expunere accidentală la produse biologice; - Aplicarea corectă a măsurilor de prevenire a expunerii accidentale la produse biologice; - Întocmirea și completarea registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitară. Igiena mâinilor este esențială pentru a reduce riscul de răspândire a infecțiilor. Utilizarea antisepticelor alcoolice este metoda preferată în toate situațiile clinice, cu excepția cazurilor când mâinile sunt vizibil murdare (de exemplu, sânge, alte fluide biologice) sau după examinarea pacienților cu infecție cu Clostridium difficile sau norovirus, situații în care trebuie utilizate apa și săpunul | 71 | 62.00 | 87.32% |
| Indicator neconform 02.11.01.03.05 | Există condiții pentru sterilizarea paturilor și cazarmamentului. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Criteriul 02.11.02 | Supravegherea mediului de îngrijire reduce gradul de risc infecțios. | 137 | 128.00 | 93.43% |
| Cerinta 02.11.02.01 | Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM. | 52 | 52.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|---|---|-----------------|------------------------|
| 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 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.02.04 | Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată. Recomandari: - Supravegherea, controlul și monitorizarea sterilizării pentru instrumentarul medical și materialele sanitare; - Desemnarea echipei implicate în controlul și monitorizarea sterilizării. | 40 | 31.00 | 77.50% |
| 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: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.11.02.05 | SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei. | 30 | 30.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.11.03 | Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranța alimentului are în vedere controlul riscului infecțios. | 19 | 19.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.03.01 | Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberonerie). | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.03.02 | Respectarea regulilor de siguranță a alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.11.04 | Managementul clinic al structurilor medicale previne și limitează riscul infecțios. | 134 | 128.00 | 95.52% |
| Cerinta 02.11.04.01 | Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.04.02 | Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia. Recomandari: - Elaborarea protocoalelor privind activitatea de screening al pacienților pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor prezente; - Stabilirea modalității de colaborare cu medicul specialist de boli infecțioase în situațiile în care este necesar; - Declararea infecțiilor asociate asistenței medicale, în conformitate cu legislația în vigoare. Pacienții infectați reprezintă principala sursă de agenți patogeni în unitățile sanitare, iar reducerea sau prevenirea diseminării microorganismelor de la sursă este critică. (WHO Guideline 2014 "Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care". | 36 | 30.00 | 83.33% |
| Indicator neconform 02.11.04.02.02 | În FO/documente medicale este consemnat statusul de purtător sănătos/colonizat/infecat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Indicator neconform 02.11.04.02.03 | Riscul epidemiologic al pacienților este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|---|--|---|-----------------|------------------------|
| Indicator neconform 02.11.04.02.04 | Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infecțați cu microorganisme multidrogezistente. | 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. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.04.04 | SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor. | 26 | 26.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.04.05 | Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial. | 6 | 6.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.04.06 | Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului. | 33 | 33.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.11.04.07 | Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal. | 0 | 0.00 | N/A |

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 | 205 | 205.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.12.01 | Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice. | 57 | 57.00 | 100.00% |
| 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 | 15.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.01.02 | Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă. | 8 | 8.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.01.03 | Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss"). | 22 | 22.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.01.04 | Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.12.02 | Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație. | 45 | 45.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.02.01 | Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate. | 8 | 8.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.02.02 | Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.02.03 | Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate. | 10 | 10.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.02.04 | Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.12.02.05 | Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate. | 20 | 20.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.12.03 | Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia. | 24 | 24.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.03.01 | Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital. | 13 | 13.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.03.02 | Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează. | 11 | 11.00 | 100.00% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Criteriul 02.12.04 | Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic. | 0 | 0.00 | N/A |
| 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. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.12.04.02 | În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.12.04.03 | Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate. | 0 | 0.00 | N/A |
| Criteriul 02.12.05 | La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului. | 43 | 43.00 | 100.00% |
| 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 | 10.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.05.03 | Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.12.05.04 | Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție. | 0 | 0.00 | N/A |
| Cerinta 02.12.05.05 | Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.12.06 | Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigativ. | 18 | 18.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.06.01 | Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| 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 | 18.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.07.01 | Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor. | 5 | 5.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.12.07.02 | Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor 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 | 198.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.13.01 | Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare a terapiei transfuzionale și hemovigilența. | 126 | 126.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.13.01.02 | Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță. | 65 | 65.00 | 100.00% |
| 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 | 61.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.13.02 | Prescrierea de sânge și derivate este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora. | 72 | 72.00 | 100.00% |
| 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 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.13.02.02 | Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului. | 18 | 18.00 | 100.00% |
| 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 | 43.00 | 100.00% |

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 | 63.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.14.01 | Activitatea de audit clinic este organizată. | 34 | 34.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.14.01.01 | Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual. | 8 | 8.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.14.01.02 | Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.14.01.03 | În situațiile în care se produc evenimentele indesezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| Criteriul 02.14.02 | Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice. | 29 | 29.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.14.02.01 | Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.14.02.02 | Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice. | 20 | 20.00 | 100.00% |

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 | 43 | 33.86 | 78.74% |
| Criteriul 02.15.01 | Externarea este planificată, coordonată și documentată. | 15 | 7.86 | 52.38% |
| Cerinta 02.15.01.01 | Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică. | 8 | 2.86 | 35.71% |
| | 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: 7 Identificat neconform: 2 | |
| 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 | |
| Criteriul 02.15.02 | Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces. | 28 | 26.00 | 92.86% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|---|---|-----------------|------------------------|
| Cerinta 02.15.02.01 | Apaținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului. | 7 | 5.00 | 71.43% |
| | Recomandari: - Consemnarea datelor de contact ale apaținătorilor în FO; - Stabilirea modalității de comunicare a personalului medical cu apaținătorii în situația modificărilor în evoluție a pacientului. | | | |
| Indicator neconform 02.15.02.01.01 | Datele de contact ale apaținătorilor sunt menționate în FO. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 02.15.02.02 | Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare. | 3 | 3.00 | 100.00% |
| Cerinta 02.15.02.03 | Spitalul are reglementate activitățile necesare a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului. | 18 | 18.00 | 100.00% |

4.3 Referința 03 - Etica medicală și drepturile pacientului

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

Obiectivele majore ale referinței sunt:

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

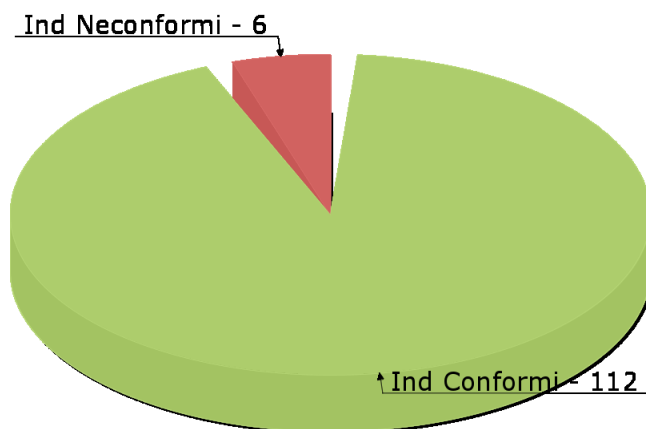
Punctaj obținut Referința 03 - 94.06%

În cadrul Referinței 03 au fost supuși analizei 118 indicatori, fiind indentificați:

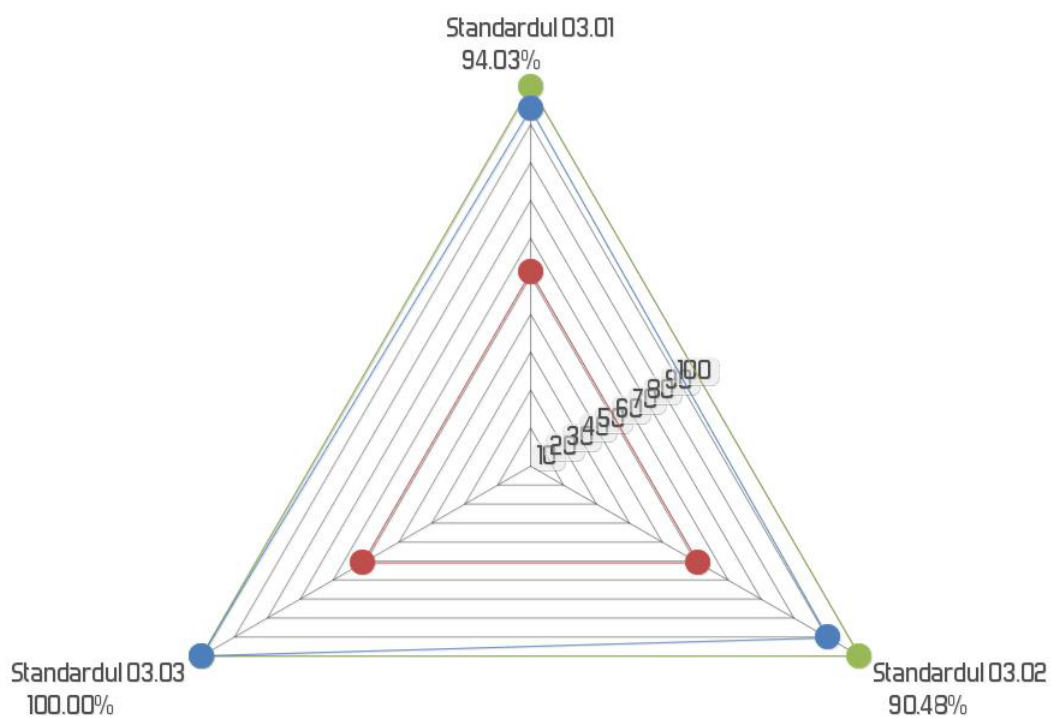
| | |
|-------------------------|-----|
| indicatori conformi | 112 |
| indicatori neconformi | 6 |
| indicatori neaplicabili | 0 |

obținând **190.00 puncte** din **202 puncte** maxim posibile, reprezentând un procent de **94.06%**

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 | 67 | 63.00 | 94.03% |
| Criteriul 03.01.01 | Spitalul asigură conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică consimțământului informat (CI). | 35 | 33.00 | 94.29% |
| Cerinta 03.01.01.01 | Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.01.01.02 | Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului. | 17 | 15.00 | 88.24% |
| | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definirea posibilelor impedimente în obținerea consimțământului informat; - Instruirea personalului cu privire la modalitatea optimă, adecvată, de informare a pacientului și obținere a consimțământului informat. <p>Identificarea vulnerabilităților pentru informarea adecvată, adaptată pacientului, și obținerea consimțământului informat este necesară pentru implicarea pacientului în deciziile medicale.</p> | | | |
| Indicator neconform 03.01.01.02.03 | Număr de pacienți care știu un efect advers sau risc pentru medicamentele sau procedurile terapeutice administrate per număr total pacienți chestionați. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 03.01.01.03 | Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| 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 | 30.00 | 93.75% |
| Cerinta 03.01.02.01 | Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical. | 15 | 13.00 | 86.67% |
| | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruirea personalului medical referitor la metodologia adoptată de spital pentru asigurarea confidențialității datelor medicale, situațiile și condițiile în care aceste date sunt accesibile pacienților/apartinătorilor/terților; - Consemnarea opțiunii pacientului referitor la comunicarea datelor sale medicale către terți. | | | |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|---|---|-----------------|------------------------|
| | Relația pacient-medico/personalul medical se bazează în totalitate pe respect reciproc, inclusiv prin asigurarea de către personalul medical a confidențialității referitoare la starea de sănătate a pacientului și la datele sale medicale. | | | |
| Indicator neconform 03.01.02.01.02 | Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 03.01.02.03 | Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale. | 17 | 17.00 | 100.00% |

Standardul: 03.02

Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|--|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Standardul 03.02 | Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților | 84 | 76.00 | 90.48% |
| Criteriul 03.02.01 | Spitalul are politici de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.02.01.01 | Spitalul reglementează prevenirea discriminării. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.02.01.02 | Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului. | 4 | 4.00 | 100.00% |
| Criteriul 03.02.02 | Spitalul asigură accesul la informațiile medicale personale. | 18 | 18.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.02.02.01 | Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/apartinătorilor/imputerniciților documentele medicale solicitate. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.02.02.02 | Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Criteriul 03.02.03 | Spitalul asigură condiții pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicală. | 22 | 22.00 | 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. | 12 | 12.00 | 100.00% |
| Criteriul 03.02.04 | Spitalul este preocupat de protecția pacienților în relația cu mediul extern. | 14 | 12.00 | 85.71% |
| Cerinta 03.02.04.01 | Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți. | 7 | 5.00 | 71.43% |

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|--|---|---|-----------------|------------------------|
| | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea condițiilor pentru accesul mass-media în unitatea sanitară, la pacienți; - Obținerea consimțământului pacientului cu privire la informațiile referitoare la starea sănătății sale, furnizate către mass-media. <p>Asigurarea confidențialității și dreptului pacienților la intimitate precum și evitarea transmiterii în spațiul public a unor informații legate de pacienți se face prin respectarea unei modalități stricte de acces a reprezentanților mass-media la pacienți sau la informațiile legate de aceștia.</p> | | | |
| Indicator neconform 03.02.04.01.03 | Acordul pacientului/apartinătorilor pentru accesul mass-media la acesta și/sau la informațiile sale este consemnat în FO/documentele medicale. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Cerinta 03.02.04.02 | Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe. | 7 | 7.00 | 100.00% |
| Criteriul 03.02.05 | Spitalul reglementează înregistrarea audio/foto/video a pacienților în scop medical/didactic/de cercetare și pentru evitarea acuzațiilor de malpraxis. | 19 | 13.00 | 68.42% |
| | Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale. | 8 | 4.00 | 50.00% |
| Cerinta 03.02.05.01 | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea și documentarea condițiilor de desfășurare a înregistrărilor audio/foto/video pentru evitarea culpei medicale în cursul actului medical din unitatea sanitară; - Înregistrarea în FO a pacientului a fundamentării efectuării de înregistrări audio/foto/video ale actului medical, pentru evitarea culpei medicale. <p>Spitalul asigură posibilitatea efectuării, pentru cazuri în care se consideră probabilă o eventuală acuzație de malpraxis, de înregistrări foto-audio-video ale actului medical.</p> | | | |
| Indicator neconform 03.02.05.01.02 | Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este motivată în FO. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| Indicator neconform 03.02.05.01.03 | Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este pastrată, în original, atașată la FO. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |
| | Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare. | 11 | 9.00 | 81.82% |
| Cerinta 03.02.05.02 | <p>Recomandari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea și documentarea condițiilor de desfășurare a înregistrărilor audio/foto/video în scop didactic sau de cercetare în cursul actului medical din unitatea sanitară; - Informarea pacientului și obținerea consimțământului informat din partea pacientului/apartinătorilor. <p>Spitalul asigură posibilitatea efectuării, cu respectarea demnității pacientului, de documentare, în scop didactic sau de cercetare a cazurilor, prin înregistrare audio-foto-video.</p> | | | |
| Indicator neconform 03.02.05.02.03 | Există consimțământul informat al pacientului/apartinătorilor, după caz, cu privire la înregistrarea audio/foto/video în scop medical, didactic și de cercetare. | Nr. total aplicare: 1 Identificat neconform: 1 | | |

Standardul: 03.03

Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării

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

Prezentarea detaliată a situației implementării standardului:

| Cod | Denumire | Punctaj maxim posibil | Punctaj obținut | Procent îndeplinit (%) |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Standardul 03.03 | Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării | 51 | 51.00 | 100.00% |
| Criteriul 03.03.01 | Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competență deținută în cadrul specialității. | 25 | 25.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.03.01.01 | Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică. | 11 | 11.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.03.01.02 | Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute. | 14 | 14.00 | 100.00% |
| Criteriul 03.03.02 | Depășirea limitelor competenței este permisă în interesul pacientului. | 26 | 26.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.03.02.01 | Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului. | 9 | 9.00 | 100.00% |
| Cerinta 03.03.02.02 | Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor. | 17 | 17.00 | 100.00% |

5. Aprecieri și recomandări

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

PUNCTE TARI

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

- 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);
- asigurarea de către managementul resurselor umane a nevoilor de personal, conform misiunii asumate de către spital (std. 01.03);
- managementul financiar și administrativ care răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului (std. 01.04);
- sistemul informațional care răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital (std. 01.05);
- 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);
- preluarea în îngrijire a pacienților, care se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului (std. 02.01);
- evaluarea inițială prin identificarea nevoilor pacienților în contextul cunoașterii expunerii la factori de risc (mediu, sociali, economici, comportamentali și biologici) pentru stabilirea necesarului de asistență și îngrijiri medicale a acestora (std. 02.02);
- abordarea în mod integrat și specific a pacientului, cu aplicarea celor mai bune practici medicale, în vederea asigurării continuității asistenței și a îngrijirilor medicale (std. 02.03);
- promovarea conceptului de spitalul prieten al copilului; (std. 02.04);
- capacitatea de asigurare a serviciilor paraclinice conform cu nevoile de investigare stabilite de clinicieni (std. 02.05);
- asigurarea continuității tratamentului medicamentos și a siguranței pacientului printr-un management farmaceutic performant (std. 02.09);
- preocuparea de reducere a consumului necesar 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);
- 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);
- promovarea respectului pentru autonomia pacientului (std. 03.01);
- respectarea principiului echității și justiției sociale, respectiv a drepturilor pacienților (std. 03.02);
- respectarea principiilor binefacerii și nonvătămării (std. 03.03);

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:

- dezvoltarea unui sistem de comunicare la nivelul spitalului care să răspundă nevoilor organizației și ale beneficiarilor (std. 01.06);
- 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);
- organizarea personalizată a externării sau a transferului pacientului în condiții de siguranță (std. 02.15);

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%

Nu este cazul

INDICATORII CU PUNCTAJ (-10) IDENTIFICAȚI CA FIIND NECONFORMI

| Cod Indicator neconform | Denumire | Nr. total aplicare | Identificat neconform |
|-------------------------|--|--------------------|-----------------------|
| 01.06.01.03.12 | La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice. | 15 | 1 |
| 01.08.02.01.56 | Există acces facil din zona de spitalizare de zi în serviciul de urgență. | 3 | 1 |
| 01.08.02.01.57 | Există acces facil din zona de spitalizare de zi la laboratoarele de investigații. | 3 | 1 |
| 01.08.02.01.59 | Există cabinet sau cabinete proprii de consultații în spitalizarea de zi. | 3 | 1 |
| 01.08.02.01.60 | Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi pentru adulți și copii, după caz. | 3 | 2 |
| 01.08.02.01.62 | Există grupuri sanitare proprii pentru pacienți în spitalizarea de zi. | 3 | 1 |
| 01.08.02.01.63 | Există grupuri sanitare proprii pentru personal în spitalizarea de zi. | 3 | 1 |
| 01.08.02.01.82 | Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale. | 1 | 1 |
| 02.01.03.01.09 | Există defibrilator în dotarea structurii. | 10 | 2 |