

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN

privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

- [ANEXE](#)

Văzând Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală și sănătate publică nr. F.B. 3.535/2017, Adresa Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 506 din 02.03.2017, înregistrată la Ministerul Sănătății cu nr. F.B. 1.820 din 03.03.2017,

ținând cont de Hotărârea Colegiului director al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 2 din 5 aprilie 2017 privind adoptarea ediției a doua a standardelor, procedurilor și metodologiei de acreditare a spitalelor,

în temeiul art. 5 lit. c) din [Hotărârea Guvernului nr. 629/2015](#) privind componența, atribuțiile, modul de organizare și funcționare ale Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, al art. 174 alin. (1) și art. 249 alin. (2) din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 7 alin. (4) din [Hotărârea Guvernului nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1. - Se aprobă [Standardele](#) de acreditare a spitalelor, prevăzute în anexa nr. 1.

Art. 2. - Se aprobă [Procedura](#) și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor, prevăzute în anexa nr. 2.

Art. 3. - (1) La data intrării în vigoare a prezentului ordin, [Ordinul ministrului sănătății nr. 871/2016](#) pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor, **publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 587 din 2 august 2016, se abrogă.**

(2) Pentru spitalele aflate în curs de acreditare, emiterea rapoartelor și a certificatelor de acreditare se face în conformitate cu legislația în vigoare la data inițierii procesului de acreditare.

(3) Pentru spitalele acreditate la data intrării în vigoare a prezentului ordin, monitorizarea, reevaluarea și reacreditarea se desfășoară în conformitate cu prevederile legale în vigoare la data evaluării.

Art. 4. - [Anexele nr. 1 și 2](#) fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 5. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Florian - Dorel Bodog

București, 18 aprilie 2017.

Nr. 446.

SUMAR:

- [ANEXA Nr. 1](#) Standarde de acreditare a spitalelor
- [ANEXA Nr. 2](#) Procedura și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor

ANEXA Nr. 1

Standarde de acreditare a spitalelor

01	R	MANAGEMENTUL STRATEGIC ȘI ORGANIZAȚIONAL
01.01	S	Strategia și managementul strategic al organizației sunt concordante cu nevoia de îngrijiri de sănătate și cu dinamica pieței de servicii de sănătate.
01.01.01	Cr	Planul strategic se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii.
01.01.01.01	C	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.
01.01.01.02	C	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
01.01.02	Cr	Planul strategic elaborat de către spital este asumat la toate nivelurile de decizie.
01.01.02.01	C	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.
01.01.02.02	C	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.
01.01.02.03	C	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.
01.01.03	Cr	Planul strategic se implementează cu participarea tuturor sectoarelor de activitate.
01.01.03.01	C	La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.
01.01.03.02	C	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.
01.01.03.03	C	Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.
01.01.04	Cr	Strategia institutelor clinice și a spitalelor clinice include și dezvoltarea sectorului de cercetare științifică.
01.01.04.01	C	Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.
01.01.04.02	C	Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.
01.01.04.03	C	Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu.
01.02	S	Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a tuturor proceselor de acordare a asistenței și îngrijirilor medicale.
01.02.01	Cr	Spitalul funcționează cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare.
01.02.01.01	C	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.
01.02.01.02	C	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.

01.02.02	Cr	Structura organizatorică este fundamentată, documentată, analizată și, după caz, actualizată periodic.
01.02.02.01	C	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.
01.02.02.02	C	Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate.
01.02.02.03	C	Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică.
01.02.03	Cr	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt operaționale, asigurând integrarea proceselor și consolidarea controlului managerial.
01.02.03.01	C	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.
01.02.03.02	C	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.
01.03	S	Managementul resurselor umane asigură nevoile de personal conform misiunii asumate de către spital.
01.03.01	Cr	Politica de resurse umane este documentată și adaptată nevoilor privind organizarea și funcționarea unității.
01.03.01.01	C	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.
01.03.01.02	C	Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.
01.03.01.03	C	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.
01.03.01.04	C	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.
01.03.02	Cr	Nevoia de personal este stabilită conform capacității tehnice, hoteliere, adresabilității, morbidității tratate, normativului de personal și auditului timpului de muncă, după caz.
01.03.02.01	C	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.
01.03.02.02	C	Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.
01.03.02.03	C	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.
01.03.03	Cr	Politica de personal motivează angajații și determină îmbunătățirea calității.
01.03.03.01	C	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.
01.03.03.02	C	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.
01.03.03.03	C	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.

01.04	S	Managementul financiar și administrativ răspunde obiectivelor strategice și operaționale ale spitalului.
01.04.01	Cr	Spitalul are o strategie financiară privind dezvoltarea.
01.04.01.01	C	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.
01.04.01.02	C	Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat.
01.04.02	Cr	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului susține realizarea planului anual de servicii.
01.04.02.01	C	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.
01.04.02.02	C	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.
01.04.03	Cr	Bugetul este actualizat periodic din perspectiva eficientizării procesului de furnizare a serviciilor.
01.04.03.01	C	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.
01.04.03.02	C	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.
01.04.04	Cr	Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor.
01.04.04.01	C	Spitalul asigură evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.
01.04.04.02	C	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.
01.04.04.03	C	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.
01.04.04.04	C	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.
01.05	S	Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în spital.
01.05.01	Cr	Sistemul informațional asigură datele necesare documentării activităților spitalului.
01.05.01.01	C	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarele de activitate.
01.05.01.02	C	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.
01.05.02	Cr	Circuitele și fluxurile informaționale susțin desfășurarea activităților și a procesului decizional.
01.05.02.01	C	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.
01.05.02.02	C	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.
01.05.03	Cr	Procese informaționale fundamentează eficient deciziile la nivelul spitalului.
01.05.03.01	C	Suportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) și fluxul de utilizare a acestuia sunt definite și respectate.

01.05.03.02	C	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permite eficientizarea activității în spital.
01.05.04	Cr	Sistemul informatic și toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informațiilor) asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.
01.05.04.01	C	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.
01.05.04.02	C	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.
01.05.04.03	C	Spitalul asigură sisteme de back - up al informației.
01.05.04.04	C	Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.
01.05.04.05	C	Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.
01.05.04.06	C	Distrugerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor.
01.05.05	Cr	Sistemul informațional asigură documentarea și susține procesul educațional al angajaților din spital.
01.05.05.01	C	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.
01.05.05.02	C	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.
01.06	S	Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor.
01.06.01	Cr	Comunicarea externă răspunde nevoilor beneficiarilor și ale spitalului.
01.06.01.01	C	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.
01.06.01.02	C	Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.
01.06.01.03	C	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.
01.06.01.04	C	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.
01.06.01.05	C	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.
01.06.01.06	C	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.
01.06.01.07	C	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.
01.06.01.08	C	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.
01.06.02	Cr	Comunicare internă răspunde nevoilor pacienților și ale spitalului.
01.06.02.01	C	Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.
01.06.02.02	C	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.
01.06.02.03	C	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.
01.06.03	Cr	Comunicarea cu pacientul urmărește implicarea acestuia în procesul de îngrijire.

01.06.03.01	C	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinatorii urmareste educarea acestora in vederea implicarii in luarea si respectarea deciziilor terapeutice.
01.06.03.02	C	Spitalul analizeaza anual eficienta si eficacitatea comunicarii.
01.07	S	Sistemul de management al calitatii serviciilor este operational si asigura desfasurarea tuturor proceselor legate de monitorizarea si imbunatatirea calitatii.
01.07.01	Cr	Sistemul de management al calitatii vizeaza optimizarea continua a proceselor de la nivelul organizatiei.
01.07.01.02	C	Managementul spitalului asigura organizarea sistemului de management al calitatii serviciilor.
01.07.01.03	C	Structura de management al calitatii serviciilor coordoneaza procesul de asigurare si imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului in colaborare cu sefi tuturor sectoarelor de activitate.
01.07.01.04	C	Spitalul se preocupa de certificarea de calitate a activitatilor desfasurate.
01.07.02	Cr	Structura de management al calitatii (SMC) impreuna cu conducerea spitalului asigura dezvoltarea culturii calitatii in spital.
01.07.02.01	C	Spitalul are stabilite si urmareste respectarea principiilor si valorilor calitatii, conform misiunii asumate.
01.07.02.02	C	Spitalul se preocupa de implementarea si dezvoltarea culturii calitatii in spital.
01.07.03	Cr	Spitalul elaboreaza si implementeaza un plan de actiuni privind asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor la nivelul intregului spital.
01.07.03.01	C	Planificarea anuala a activitatilor SMC asigura conformarea la cerintele standardelor de acreditare.
01.07.03.02	C	Planul de actiuni pentru implementarea managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor este asumat de catre conducerea unitatii.
01.07.03.03	C	SMC monitorizeaza implementarea planului de actiuni pentru asigurarea si imbunatatirea calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor.
01.07.03.04	C	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia masuri de imbunatatire a calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.
01.07.04	Cr	Spitalul urmareste cresterea nivelului de satisfactie a pacientilor.
01.07.04.01	C	Spitalul elaboreaza si actualizeaza periodic chestionare de satisfactie a pacientilor.
01.07.04.02	C	SMC analizeaza sistematic informatiile rezultate din prelucrarea chestionarelor si emite recomandari.
01.07.04.03	C	Spitalul utilizeaza analiza periodica a reclamațiilor primite pentru a imbunatati serviciile medicale furnizate.
01.07.05	Cr	Programul de imbunatatire a calitatii prevede eficientizarea activitatii spitalului.
01.07.05.01	C	Este stabilita o modalitate de evaluare a eficientei proceselor de imbunatatire a calitatii derulate in spital.
01.07.05.02	C	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activitatilor.
01.08	S	Managementul riscurilor neclinice previne aparitia prejudiciilor si fundamenteaza procesul decizional.

01.08.01	Cr	Toate nivelurile de management au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii.
01.08.01.01	C	Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza și tratarea riscurilor.
01.08.01.02	C	Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție.
01.08.01.03	C	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate.
01.08.02	Cr	Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor față de potențiale prejudicii.
01.08.02.01	C	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.
01.08.02.02	C	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.
01.08.02.03	C	Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.
01.08.02.04	C	Capacitatea și numărul lifturilor asigură volumul, tipurile și fluxurile de transport în spital.
01.08.02.05	C	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.
01.08.02.06	C	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.
01.08.02.07	C	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.
01.08.02.08	C	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.
01.08.02.09	C	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.
01.08.02.10	C	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.
01.08.02.11	C	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.
01.08.02.12	C	Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizați prin decizie și instruiți.
01.08.02.13	C	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.
01.08.02.14	C	La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluări periodice ale modului de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor fizice și tehnologice.
01.08.03	Cr	Modul de acțiune, responsabilitățile și rezerva de resurse utilizabile în caz de situații excepționale sunt organizate și reglementate pentru asigurarea funcționalității spitalului.
01.08.03.01	C	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.
01.08.03.02	C	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.

01.08.03.03	C	Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și război.
01.09	S	Mediul de îngrijire asigură condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale.
01.09.01	Cr	Organizarea mediului de îngrijire respectă condițiile privind capacitatea și competențele asumate ale spitalului.
01.09.01.01	C	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.
01.09.01.02	C	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.
01.09.01.03	C	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.
01.09.01.04	C	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.
01.09.01.05	C	Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.
01.09.01.06	C	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno - dietetice corespunzătoare patologiei sale.
01.09.01.07	C	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.
01.09.01.08	C	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.
01.09.01.09	C	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.
01.09.01.10	C	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.
01.09.02	Cr	Mediul de îngrijire este evaluat și adaptat permanent la necesitățile asistenței medicale.
01.09.02.01	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.
01.09.02.02	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație.
01.09.02.03	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie.
01.09.02.04	C	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.
02	R	MANAGEMENTUL CLINIC
02.01	S	Preluarea în îngrijire a pacienților se face conform nevoilor acestora, misiunii și resurselor disponibile ale spitalului.
02.01.01	Cr	Spitalul și-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional.
02.01.01.01	C	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico - biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiiile specifice.
02.01.01.02	C	Spitalul a identificat patologiiile pentru care dispune de resurse.
02.01.02	Cr	Preluarea în îngrijire a pacienților este organizată pentru a facilita accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora.
02.01.02.01	C	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.
02.01.02.02	C	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.
02.01.03	Cr	Spitalul are organizat serviciul de urgențe medicale.

02.01.03.01	C	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.
02.01.03.02	C	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.
02.01.03.03	C	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficace și eficient.
02.01.04	Cr	Spitalul asigură servicii adaptate și pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale sau manifestări agresive.
02.01.04.01	C	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.
02.01.04.02	C	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.
02.01.05	Cr	Spitalele de psihiatrie sau spitalele cu secții de psihiatrie asigură servicii adaptate pacienților psihiatrici.
02.01.05.01	C	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.
02.01.05.02	C	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico - legale psihiatrice.
02.01.05.03	C	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.
02.01.05.04	C	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.
02.01.05.05	C	Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare.
02.02	S	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.
02.02.01	Cr	Procesul de evaluare a nevoilor pacientului, în vederea stabilirii modalității de rezolvare a cazului, este bine definit la nivelul spitalului.
02.02.01.01	C	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continuă.
02.02.01.02	C	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.
02.02.01.03	C	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.
02.02.02	Cr	Evaluarea inițială a pacientului include factorii psihocomportamentali și socioeconomici pentru asigurarea continuității îngrijirilor.
02.02.02.01	C	Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.
02.02.02.02	C	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.

02.02.02.03	C	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.
02.03	S	Practica medicală abordează integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității asistenței și a îngrijirilor medicale.
02.03.01	Cr	Managementul cazului este bazat pe utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.
02.03.01.01	C	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificări stabilite de către medicul curant.
02.03.01.02	C	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.
02.03.01.03	C	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.
02.03.01.04	C	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.
02.03.01.05	C	Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.
02.03.02	Cr	Abordarea integrată a pacientului este o uzanță a practicii medicale.
02.03.02.01	C	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.
02.03.02.02	C	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO).
02.03.02.03	C	A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale.
02.03.02.04	C	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).
02.03.02.05	C	Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.
02.03.03	Cr	Spitalul asigură continuitatea actului medical ulterior evaluării inițiale.
02.03.03.01	C	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.
02.03.03.02	C	Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.
02.03.04	Cr	Planul de îngrijire a pacientului este parte integrantă din managementul cazului.
02.03.04.01	C	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.
02.03.04.02	C	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.
02.03.04.03	C	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.
02.03.04.04	C	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.
02.03.04.05	C	Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului.
02.03.05	Cr	Datele medicale sunt înregistrate corect, complet, în timp real și evitând redundanțele, accesul la acestea fiind reglementat.

02.03.05.01	C	Spitalul stabilește datele necesare a fi culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.
02.03.05.02	C	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.
02.04	S	Spitalul promovează conceptul de "prieten al copilului".
02.04.01	Cr	Spitalul a adoptat o politică de promovare a alimentației la sân în secțiile de neonatologie.
02.04.01.01	C	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou - născutului și sugarului.
02.04.01.02	C	Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.
02.04.01.03	C	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică - ginecologie și neonatologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.
02.04.01.04	C	Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării.
02.04.02	Cr	Spitalul se preocupă de identificarea și prevenirea cazurilor de îmbolnăvire la nou - născut.
02.04.02.01	C	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou - născutului.
02.04.02.02	C	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou - născutului.
02.04.03	Cr	Spitalul se preocupă de asigurarea unui climat prietenos, adaptat copilului.
02.04.03.01	C	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.
02.04.03.02	C	Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.
02.05	S	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare.
02.05.01	Cr	Întreaga activitate a serviciilor paraclinice este efectuată în colaborare cu medicii clinicieni.
02.05.01.01	C	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.
02.05.01.02	C	Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.
02.05.02	Cr	Serviciile paraclinice răspund necesităților de investigare a pacienților în ceea ce privește accesabilitatea, calitatea și intervalul de timp până la obținerea rezultatelor.
02.05.02.01	C	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.
02.05.02.02	C	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.
02.05.02.03	C	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.
02.05.03	Cr	Laboratorul se preocupă de satisfacerea în condiții optime a nevoilor de investigare.
02.05.03.01	C	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.

02.05.03.02	C	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.
02.06	S	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură continuitatea asistenței medicale pentru pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR).
02.06.01	Cr	Spitalul de nefrologie sau cu secții de nefrologie asigură accesul pacienților cu BCR la tratamentul de supleere a funcției renale (<i>TSFR</i>) individualizat și la momentul optim.
02.06.01.01	C	Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.
02.06.01.02	C	Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de supleere renală.
02.06.02	Cr	Eficacitatea și eficiența TSFR (tratamentelor de supleere renală) sunt preocupări constante ale unității de dializă.
02.06.02.01	C	Unitatea care inițiază dializa decide asupra modalității de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienții și familiile lor.
02.06.02.02	C	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.
02.06.03	Cr	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează evoluția (performanța medicală a tratamentului prin dializă) pacienților dializați.
02.06.03.01	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează și transmite on-line, în timp real, în formatul și cu frecvența solicitate de Registrul renal român, toți parametrii de monitorizare a performanței medicale a tratamentului prin dializă.
02.06.03.02	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează anemia pacienților dializați.
02.06.03.03	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează metabolismul mineral.
02.06.03.04	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează acidoza.
02.06.03.05	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează riscul infecțios specific pacientului dializat.
02.06.03.06	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează starea de nutriție a pacienților dializați.
02.06.03.07	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează eficiența dializei (HD/DP).
02.06.03.08	C	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi se preocupă de creșterea calității vieții pacienților.
02.06.03.09	C	Unitatea de dializă are o politică de creștere a autonomiei pacienților.
02.07	S	Radioterapia și/sau medicina nucleară asigură nevoile de tratament specifice.
02.07.01	Cr	Practica de radioterapie/medicină nucleară este adaptată nevoilor specifice ale pacientului.
02.07.01.01	C	Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.

02.07.01.02	C	Radioterapia/Medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.
02.07.02	Cr	Practica de radioterapie/medicină nucleară este monitorizată și evaluată periodic.
02.07.02.01	C	Radioterapia/Medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.
02.07.02.02	C	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.
02.08	S	Îngrijirile paliative și terminale se adresează pacienților cu boli cronice progresive și familiilor și urmăresc îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.
02.08.01	Cr	Managementul pacienților cu boli cronice progresive și nevoi de îngrijiri paliative se face individualizat și nediscriminatoriu.
02.08.01.01	C	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.
02.08.01.02	C	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.
02.08.01.03	C	Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.
02.08.01.04	C	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.
02.08.01.05	C	Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.
02.08.02	Cr	Îngrijirile paliative sunt oferite într-un mediu adecvat, cât mai apropiat de mediul familial, adaptat pacienților cu grad de dependență crescut.
02.08.02.01	C	Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependență, respectând intimitatea acestuia.
02.08.02.02	C	Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.
02.08.03	Cr	Serviciile de îngrijiri paliative asigură îmbunătățirea calității vieții pentru pacient și familie/aparținători.
02.08.03.01	C	La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.
02.08.03.02	C	Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și documentate.
02.08.03.03	C	Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate și se documentează.
02.08.03.04	C	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/aparținătorilor.
02.08.03.05	C	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.
02.08.03.06	C	La externare, continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opțiunile pacientului.

02.08.04	Cr	Asistența medicală paliativă este acordată de o echipă pluridisciplinară.
02.08.04.01	C	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.
02.08.04.02	C	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcție de necesitățile pacienților, și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.
02.08.04.03	C	Membrii echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative din serviciile de îngrijire paliativă participă la programe de instruire continuă.
02.08.04.04	C	Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.
02.08.05	Cr	Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul pacientului, asigurând suport familiei.
02.08.05.01	C	Starea terminală este identificată și comunicată familiei/aparținătorilor.
02.08.05.02	C	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.
02.09	S	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului.
02.09.01	Cr	La nivelul spitalului sunt utilizate reguli de prescriere a medicamentelor și monitorizare a prescrierilor.
02.09.01.01	C	Condițiile de prescriere a medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.
02.09.01.02	C	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.
02.09.01.03	C	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.
02.09.02	Cr	Infrastructura și organizarea activității farmaceutice susțin trasabilitatea medicamentelor uzuale.
02.09.02.01	C	Activitățile și responsabilitățile specifice specialității farmaceutice sunt consemnate corespunzător legislației în vigoare.
02.09.02.02	C	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.
02.09.02.03	C	Organizarea și dotarea spațiului de lucru al farmaciei sunt conforme cu legislația specifică în vigoare, în concordanță cu trasabilitatea medicamentului.
02.09.02.04	C	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.
02.09.02.05	C	Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții optime de farmacia spitalului/farmacistul - șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacolog/farmacistul clinician.
02.10	S	Spitalul a implementat bunele practici de antibioticoterapie.
02.10.01	Cr	Spitalul are organizată activitatea de prescriere și monitorizare a antibioterapiei.
02.10.01.01	C	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.

02.10.01.02	C	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.
02.10.02	Cr	Prescrierea de antibiotice este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.
02.10.02.01	C	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.
02.10.02.02	C	Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.
02.10.02.03	C	Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.
02.10.03	Cr	Farmacia spitalului este implicată direct în respectarea bunelor practici de antibioticoterapie.
02.10.03.01	C	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.
02.10.03.02	C	Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.
02.10.03.03	C	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.
02.10.04	Cr	Activitatea laboratorului de microbiologie susține respectarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor.
02.10.04.01	C	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate al investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.
02.10.04.02	C	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.
02.10.05	Cr	Serviciile clinice au reglementat utilizarea antibioticelor, conform bunelor practici.
02.10.05.01	C	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.
02.10.05.02	C	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.
02.11	S	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu.
02.11.01	Cr	Managementul spitalului are organizată activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.
02.11.01.01	C	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.
02.11.01.02	C	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.

02.11.01.03	C	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.
02.11.02	Cr	Supravegherea mediului de îngrijire reduce gradul de risc infecțios.
02.11.02.01	C	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale (IAAM).
02.11.02.02	C	SPLIAAM/CPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.
02.11.02.03	C	Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital asupra calității aerului și activității de prevenire și control al infecțiilor nosocomiale este gestionat.
02.11.02.04	C	Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.
02.11.02.05	C	SPLIAAM/CPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.
02.11.03	Cr	Politica de calitate a spitalului referitoare la siguranța alimentului are în vedere controlul riscului infecțios.
02.11.03.01	C	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).
02.11.03.02	C	Respectarea regulilor de siguranță a alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.
02.11.04	Cr	Managementul clinic al structurilor medicale previne și limitează riscul infecțios.
02.11.04.01	C	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.
02.11.04.02	C	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.
02.11.04.03	C	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.
02.11.04.04	C	SPLIAAM/CPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.
02.11.04.05	C	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.
02.11.04.06	C	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.
02.11.04.07	C	Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenire a riscului infecțios prenatal.
02.12	S	Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului.
02.12.01	Cr	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.01	C	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.
02.12.01.02	C	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.

02.12.01.03	C	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").
02.12.01.04	C	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.
02.12.02	Cr	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.01	C	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.
02.12.02.02	C	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător sunt reglementate în spital.
02.12.02.03	C	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.
02.12.02.04	C	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.
02.12.02.05	C	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.
02.12.03	Cr	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.
02.12.03.01	C	Predarea - preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.
02.12.03.02	C	Modul de transfer al informațiilor și responsabilităților la predarea - preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.
02.12.04	Cr	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.
02.12.04.01	C	În practica chirurgicală și anestezică sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemnează elemente de identificare pentru fiecare caz în parte.
02.12.04.02	C	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.
02.12.04.03	C	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.
02.12.05	Cr	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.01	C	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.
02.12.05.02	C	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimul de expunere și delimitarea precisă a zonei.
02.12.05.03	C	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.
02.12.05.04	C	Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.
02.12.05.05	C	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.

02.12.06	Cr	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigational.
02.12.06.01	C	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.
02.12.06.02	C	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.
02.12.07	Cr	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.
02.12.07.01	C	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.
02.12.07.02	C	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.
02.12.07.03	Cr	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.07.04	C	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.
02.12.07.05	C	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.
02.12.07.06	C	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.
02.13	S	Spitalul a implementat bunele practici transfuzionale și de hemovigilență.
02.13.01	Cr	Spitalul are organizate activitatea de prescriere și monitorizare a terapiei transfuzionale și hemovigilența.
02.13.01.02	C	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.
02.13.01.03	C	Structurile funcționale ale spitalului cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale respectă modalitățile de lucru stabilite specific.
02.13.02	Cr	Prescrierea de sânge și derivate este fundamentată medical și asigură trasabilitatea utilizării acestora.
02.13.02.01	C	Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.
02.13.02.02	C	Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.
02.13.02.03	C	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.
02.14	S	Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența asistenței medicale.
02.14.01	Cr	Activitatea de audit clinic este organizată.
02.14.01.01	C	Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.
02.14.01.02	C	Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității.

02.14.01.03	C	În situațiile în care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.
02.14.02	Cr	Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice.
02.14.02.01	C	Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament.
02.14.02.02	C	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.
02.15	S	Externarea și transferul pacientului se organizează specific, în funcție de starea acestuia.
02.15.01	Cr	Externarea este planificată, coordonată și documentată.
02.15.01.01	C	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.
02.15.01.02	C	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.
02.15.02	Cr	Spitalul are proceduri legate de stări critice sau deces.
02.15.02.01	C	Apartținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului.
02.15.02.02	C	Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.
02.15.02.03	C	Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.
03	R	ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI
03.01	S	Spitalul promovează respectul pentru autonomia pacientului.
03.01.01	Cr	Spitalul asigură conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică consimțământului informat (CI).
03.01.01.01	C	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.
03.01.01.02	C	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.
03.01.01.03	C	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.
03.01.02	Cr	Spitalul prevede măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică confidențialității datelor medicale ale pacientului.
03.01.02.01	C	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.
03.01.02.03	C	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.
03.02	S	Spitalul respectă principiul echității și justiției sociale și drepturile pacienților.
03.02.01	Cr	Spitalul are politici de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale.

03.02.01.01	C	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.
03.02.01.02	C	Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.
03.02.02	Cr	Spitalul asigură accesul la informațiile medicale personale.
03.02.02.01	C	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/apartinătorilor/împuțernicișilor documentele medicale solicitate.
03.02.02.02	C	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autoritășilor autorizate/altor institușii datele medicale personale ale pacientului.
03.02.03	Cr	Spitalul asigură condișii pentru exercitarea dreptului pacientului la a doua opinie medicală.
03.02.03.01	C	Spitalul reglementează condișiiile în care pacienșii pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajașii ai spitalului.
03.02.03.02	C	Spitalul reglementează condișiiile în care pacienșii pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajașii ai spitalului.
03.02.04	Cr	Spitalul este preocupat de protecșia pacienșilor în relașia cu mediul extern.
03.02.04.01	C	Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass - mediei în institușie și la pacienșii.
03.02.04.02	C	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.
03.02.05	Cr	Spitalul reglementează înregistrarea audio/foto/video a pacienșilor în scop medical/didactic/de cercetare și pentru evitarea acuzașiiilor de malpraxis.
03.02.05.01	C	Spitalul asigură condișiiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.
03.02.05.02	C	Spitalul asigură condișiiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.
03.03	S	Spitalul promovează principiile binefacerii și nonvătămării.
03.03.01	Cr	Spitalul impune limitarea practicii la sfera de competenșă deșinută în cadrul specialitășii.
03.03.01.01	C	Spitalul asigură pentru fiecare secșie personalul medical cu competenșă specifică.
03.03.01.02	C	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competenșelor deșinute.
03.03.02	Cr	Depășirea limitelor competenșei este permisă în interesul pacientului.
03.03.02.01	C	Spitalul reglementează condișiiile în care depășirea competenșelor medicale este permisă în interesul pacientului.
03.03.02.02	C	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situașiiile care impun depășirea competenșelor.

ANEXA Nr. 2

Procedura și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor

- [CAPITOLUL I](#) Dispozișii generale
- [CAPITOLUL II](#) Procedura de evaluare și acreditare

- [CAPITOLUL III](#) Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. - În înțelesul ordinului din care face parte integrantă prezenta anexă, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

- a) *referință (R)* - grupare de standarde, criterii și cerințe, având același domeniu de aplicare;
- b) *standard (S)* - reprezintă nivelul de performanță realizabil și măsurabil, agreat de profesioniști și observabil de către populația căreia i se adresează. Este constituit dintr-un set de criterii și cerințe care definesc așteptările privind performanța, structura și procesele dintr-un spital;
- c) *criteriu (Cr)* - obiectivul specific de realizat pentru îndeplinirea standardului;
- d) *cerință (C)* - acțiune care trebuie întreprinsă pentru realizarea obiectivului specific.

Art. 2. - Standardele, procedura și metodologia de evaluare și acreditare a spitalelor respectă următoarele principii:

- a) asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
- b) asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita misiunii și a resurselor spitalului;
- c) respectarea demnității umane, a principiilor eticii și deontologiei medicale și a grijii față de sănătatea pacientului;
- d) orientarea managementului organizațional către susținerea activității clinice centrate pe pacient;
- e) abordarea integrată, inter - și multidisciplinară a pacientului în managementul de caz;
- f) promovarea eficacității și eficienței prin dezvoltarea conceptului de evaluare a practicii profesionale prin audit clinic și prin optimizarea procesului decizional;
- g) promovarea prin standarde a dezvoltării culturii organizaționale;
- h) protejarea mediului;
- i) transparența și deschiderea, prin informarea continuă și eficientă asupra procesului de acreditare, comunicarea directă cu beneficiarii acreditării în toate etapele procesului de evaluare, inclusiv în elaborarea formei finale a raportului de acreditare;
- j) independența, obiectivitatea, confidențialitatea și imparțialitatea procesului de evaluare și acreditare;
- k) integritatea și profesionalismul evaluatorilor.

CAPITOLUL II

Procedura de evaluare și acreditare

Art. 3. - Procedura de evaluare și acreditare cuprinde următoarele etape principale:

- a) etapa de pregătire a evaluării;
- b) etapa de evaluare;
- c) etapa de acreditare.

Art. 4. - Etapa de pregătire a evaluării, coordonată de către structurile de specialitate ale Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, denumită în continuare *A.N.M.C.S.*, cuprinde următoarele activități principale:

- a) înscrierea spitalului în procedura de acreditare la *A.N.M.C.S.*, prin completarea și transmiterea formularului - tip elaborat de către structurile de specialitate din cadrul *A.N.M.C.S.* Spitalele acreditate

depun cererea de înscriere cu un an, dar nu mai puțin de 9 luni, înaintea expirării valabilității certificatului de acreditare, iar cele care depun pentru prima dată cererea de înscriere în procedura de acreditare în termen de un an de la publicarea ordinului din care face parte integrantă prezenta anexă se evaluează în conformitate cu prevederile acestui ordin;

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

c) comunicarea de către A.N.M.C.S. a răspunsului la cerere, a perioadei estimate pentru desfășurarea vizitei de evaluare și a valorii taxei de acreditare estimate în baza declarațiilor din fișa de identificare a spitalului. Calculul duratei vizitei de evaluare, care stă la baza estimării valorii taxei de acreditare, se face conform fișei de calcul al duratei vizitei, denumită în continuare *FCD*, al cărei model este aprobat prin ordin al președintelui A.N.M.C.S.;

d) în situația modificărilor de structură survenite ulterior depunerii cererii de acreditare, *FCD* se actualizează și determină recalcularea taxei în conformitate cu noua structură;

e) modalitatea și formula de calcul al taxei de acreditare sunt stabilite conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 1.350/668/2016](#) privind aprobarea modalității de calcul al taxei de acreditare, valabilă pentru ciclul de acreditare corespunzător perioadei 2017 - 2021;

f) comunicarea de către A.N.M.C.S., cu minimum 9 luni înainte de perioada planificată pentru desfășurarea vizitei de evaluare, a inițierii etapei de pregătire a evaluării, precum și a termenului până la care spitalul trebuie să pună la dispoziția A.N.M.C.S. documentele obligatorii solicitate, denumite în continuare *DOS*, și documentele suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare, denumite în continuare *DS*;

g) *DOS* reprezintă documente care atestă legalitatea funcționării spitalului, reglementări interne privind desfășurarea activităților cu impact major asupra siguranței pacienților și angajaților, structura spitalului și dovada achitării taxei de acreditare. Modalitatea de achitare a taxei de acreditare este stabilită prin ordin al președintelui A.N.M.C.S.;

h) analizarea de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. a *DOS* și a *DS*;

i) dacă în urma analizei, efectuată conform prevederilor lit. h), se constată îndeplinirea solicitărilor obligatorii, vizita de evaluare se desfășoară în perioada anunțată inițial, fiind constituită și aprobată de către A.N.M.C.S. comisia de evaluare în vederea acreditării în funcție de specificul spitalului. Comisia de evaluare se constituie în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 136/2015*) pentru aprobarea Procedurii operaționale privind repartizarea aleatorie, în componența Comisiilor de evaluare a spitalelor, a evaluatorilor incluși în Registrul evaluatorilor de servicii de sănătate specializați pentru evaluarea spitalelor al A.N.M.C.S., precum și desemnarea președinților acestor comisii. Informațiile cu privire la componența comisiei de evaluare și la perioada desfășurării vizitei sunt publicate de către A.N.M.C.S. pe website-ul instituției;

j) după constituirea comisiei de evaluare au loc încheierea contractelor între A.N.M.C.S. și membrii echipei de evaluare și instruirea acestora de către personalul A.N.M.C.S.;

k) dacă în urma analizei, efectuată conform prevederilor lit. h), se constată că spitalul nu îndeplinește condițiile minime obligatorii pentru începerea vizitei de evaluare, A.N.M.C.S. transmite spitalului solicitarea de completare a documentației, în termen de 30 de zile calendaristice de la primirea solicitării;

l) dacă la expirarea termenului de 30 de zile documentația este completă, se aplică prevederile de la lit. h) și i);

m) dacă la expirarea termenului de 30 de zile documentația nu este completă, vizita de evaluare este amânată de către A.N.M.C.S., spitalul fiind răspunzător de consecințele neacreditării. Replanificarea vizitei se face în funcție de resursele A.N.M.C.S.

Art. 5. - (1) Etapa de evaluare, coordonată de către comisia de evaluare, cuprinde previzita, vizita propriu - zisă și postvizita.

(2) Previzita include următoarele activități principale:

- a)** comunicarea cu spitalul și elaborarea unui raport privind conformitatea DOS și a DS, care se transmite A.N.M.C.S.;
- b)** pe baza raportului prevăzut la lit. a) A.N.M.C.S. poate decide anularea vizitei de evaluare;
- c)** elaborarea programului vizitei de evaluare și comunicarea acestuia spitalului.

(3) Vizita propriu - zisă la spital include următoarele activități principale:

- a)** ședința de deschidere, cu participarea reprezentanților spitalului, în scopul stabilirii detaliate a modului de desfășurare a vizitei în spital;
- b)** ședința de informare de la începutul fiecărei zile, cu participarea reprezentanților spitalului;
- c)** îndeplinirea obiectivelor specifice care i-au revenit fiecărui evaluator din cadrul comisiei de evaluare, prin utilizarea tehnicilor și aplicarea instrumentelor de colectare a datelor și prin aprecierea proceselor care au loc în cadrul spitalului;
- d)** ședința de informare finală, cu participarea reprezentanților spitalului, în scopul prezentării concluziilor preliminare ale vizitei de evaluare;
- e)** pregătirea proiectului raportului de evaluare începe în timpul vizitei de evaluare, fiecărui evaluator revenindu-i obligația de a nota în proiectul raportului propriile concluzii intermediare și de a arhiva documentele elaborate sau primite în timpul etapei de evaluare, pe care le predă către A.N.M.C.S. împreună cu raportul de evaluare;
- f)** completarea fișei de situații deosebite, pentru situații care împiedică desfășurarea procesului de evaluare, prin care comisia de evaluare solicită A.N.M.C.S. întreruperea vizitei de evaluare. Președintele A.N.M.C.S. poate decide întreruperea vizitei de evaluare. În acest caz se consideră întreaga activitate a spitalului neconformă. Procesul de acreditare poate fi reluat, la cererea spitalului, cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S., conform prevederilor art. 4 din prezenta procedură;
- g)** completarea fișei de situații deosebite, în cazul identificării unor deficiențe care pun în pericol siguranța pacientului sau a angajaților spitalului, prin care comisia de evaluare comunică aceste constatări către A.N.M.C.S. Președintele A.N.M.C.S. poate decide întreruperea vizitei de evaluare. În acest caz, procesul de acreditare poate fi reluat cu aprobarea Colegiului director al A.N.M.C.S., conform prevederilor art. 4 din prezenta procedură.

(4) Postvizita include următoarele activități principale:

- a)** redactarea de către membrii comisiei de evaluare și transmiterea către spitalul evaluat a proiectului de raport de evaluare, în maximum 5 zile lucrătoare de la finalizarea vizitei propriu - zise la spital;
- b)** formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
- c)** analizarea de către personalul A.N.M.C.S., în maximum 5 zile lucrătoare de la primire, a obiecțiunilor formulate de către spital și înaintarea concluziilor către membrii comisiei de evaluare;
- d)** elaborarea de către membrii comisiei de evaluare, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea concluziilor, a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital. Asupra raportului de evaluare spitalul nu mai poate formula obiecțiuni.

Art. 6. - Etapa de acreditare cuprinde următoarele activități principale:

- a) elaborarea raportului de acreditare de către Unitatea de evaluare și acreditare a spitalelor pe baza documentelor utilizate în procesul de evaluare;
- b) emiterea ordinului președintelui A.N.M.C.S. privind acreditarea sau, după caz, neacreditarea spitalului și comunicarea acestuia către spital.

Art. 7. - Certificatul de acreditare se eliberează spitalelor care au obținut acreditarea, în termen de maximum 90 de zile de la comunicarea către spital a ordinului președintelui A.N.M.C.S. privind acreditarea.

CAPITOLUL III

Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

Art. 8. - (1) Evaluarea internă (autoevaluarea) de către spital constă în analiza serviciilor oferite, a indicatorilor de performanță și monitorizare și comunicarea către A.N.M.C.S. a concluziilor acesteia, precum și a altor informații specifice cerute de către A.N.M.C.S. pe tot parcursul procesului de evaluare.

(2) Evaluarea externă constă în parcurgerea tuturor etapelor prevăzute la art. 3 din prezenta procedură.

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

- a) analiza documentelor furnizate de către spital;
- b) observarea directă - constatarea la fața locului a respectării unor cerințe predefinite sau a modului de derulare a unei activități, fără ca aceasta să fie perturbată de către evaluatori;
- c) focus - grupul - tehnică de cercetare a calității, prin care membrii unui grup de persoane format din reprezentanți ai spitalului și membrii comisiei de evaluare, într-un timp limitat, își exprimă opiniile referitoare la subiectele în discuție;
- d) interviul - urmărește colectarea de date prin discuția directă cu interlocutorul, în timpul vizitei propriu - zise;
- e) simularea unor procese pentru identificarea riscurilor clinice.

(2) Validarea datelor colectate constă în verificarea acestora de către comisia de evaluare, prin examinare, recalculare, comparație și punere de acord pentru confirmarea realității datelor colectate.

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

- a) fișa de identificare a spitalului - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informații despre datele de identificare și structura organizatorică și funcțională;
- b) lista documentelor obligatorii solicitate - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existență și conformitate reprezintă o condiție obligatorie pentru începerea etapei de evaluare;
- c) lista documentelor suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului transmiterea documentelor a căror existență este necesară pentru inițierea vizitei de evaluare;
- d) fișa de autoevaluare - document tipizat, elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., prin care se solicită spitalului informații despre nivelul de îndeplinire a cerințelor standardelor de acreditare în etape succesive ale procesului de evaluare și acreditare;
- e) plan de conformare în vederea evaluării - document trimis de către A.N.M.C.S. spitalului aflat în procedura de acreditare, prin care se comunică acestuia neconformitățile constatate, care nu permit începerea vizitei de evaluare;

- f)** programul vizitei de evaluare - document care cuprinde etapele orare și obiectivele de evaluat;
- g)** minuta de ședință - document care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentanții spitalului evaluat;
- h)** lista de verificare - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., utilizat în vederea colectării datelor;
- i)** lista documentelor solicitate în timpul evaluării propriu - zise - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., care cuprinde documentele suplimentare solicitate reprezentanților spitalului de către evaluatori în timpul procesului de evaluare;
- j)** chestionarul - instrument elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S., aplicat la nivel individual numai după obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garantării confidențialității și anonimatului;
- k)** fișa de identificare și evidențiere a disfuncționalităților - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale A.N.M.C.S. și completat de către evaluatori, în care se consemnează, în timpul vizitei de evaluare, stări de fapt care perturbă desfășurarea acesteia;
- l)** fișa de constatare a situațiilor deosebite - act unilateral întocmit de către comisia de evaluare, care menționează stări de fapt care împiedică desfășurarea vizitei de evaluare sau care pun în pericol siguranța pacientului sau a angajaților spitalului, transmis președintelui A.N.M.C.S., și care poate atrage întreruperea vizitei de evaluare;
- m)** proiectul raportului de evaluare - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului în vederea formulării eventualelor obiecțiuni;
- n)** raportul de evaluare - comunicarea scrisă, adresată de către comisia de evaluare spitalului, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă spitalului după analiza și soluționarea eventualelor obiecțiuni;
- o)** raportul de acreditare - document elaborat de către structurile de specialitate din cadrul A.N.M.C.S., care stă la baza emiterii ordinului președintelui A.N.M.C.S. de acreditare sau, după caz, de neacreditare a spitalului.

Art. 11. - (1) A.N.M.C.S. publică pe pagina sa de internet referințele, standardele, criteriile, cerințele și instrumentele de verificare.

(12) Documentele utilizate în procesul de evaluare și acreditare, termenele și modalitatea de transmitere a acestora, precum și condițiile de amânare, anulare sau întrerupere a vizitei de evaluare sunt stabilite prin ordin al președintelui A.N.M.C.S.

***)** Ordinul președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 136/2015 nu a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.