

ORDIN ADMINISTRATIE PUBLICA 972/2010	<i>Vigoare</i>
Emitent: Ministerul Sanatatii Domenii: Sanatate	M.O. 467/2010
Ordin pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor	

M.Of.nr. 467 din 7 iulie 2010

ORDIN NR. 972
pentru aprobarea Procedurilor, standardelor
si metodologiei de acreditare a spitalelor

Vazand Referatul de aprobare al secretarului de stat nr. Cs.A. 6.941/2010, avand in vedere Hotararea Guvernului [nr. 1.148/2008](#) privind componenta, atributiile si modul de organizare si functionare ale Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor, cu modificarile si completarile ulterioare, in temeiul art. 176 alin. (1) din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si al art. 7 alin. (4) din Hotararea Guvernului [nr. 144/2010](#) privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii, cu completarile ulterioare,

ministrul sanatatii emite urmatorul ordin:

Art. 1. - Se aproba Procedurile, standardele si metodologia de acreditare a spitalelor, prevazute in anexa care face parte integranta din prezentul ordin.

Art. 2. - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Ministrul sanatatii,
Cseke Attila

Bucuresti, 28 iunie 2010.
Nr. 972.

ANEXA

PROCEDURILE, STANDARDELE SI METODOLOGIA
de acreditare a spitalelor

Capitolul I
Dispozitii generale

Art. 1. - In intelesul prezentei anexe, termenii si notiunile folosite au urmatoarele semnificatii:

a)acreditare - evaluare externa si independenta realizata de persoane

special pregatite pentru aceasta - evaluatorii Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor, care se finalizeaza cu incadrarea spitalelor in categorii de acreditare. Acreditarea priveste spitalul in intregul lui, ca organizatie, analiza este globala si descrie functionarea institutiei prin gradientul cu care aceasta este conforma sau se apropie de standardele de calitate prestabilite;

b)referinta - grupare de standarde, criteriile si modalitati de verificare a criteriilor, avand toate semnificatie si finalitate comuna;

c)standard - defineste asteptarile privind performanta, structura si procesele dintr-un spital. Standardul reprezinta valoarea calitatii vizate sau catre care se tinde, in ceea ce priveste asigurarea ingrijirilor, tratamentelor si serviciilor de calitate, sigure si compliante pentru fiecare pacient;

d)criteriu - informatie suplimentara, detaliu sau circumstanta legata de un standard, care evidentiaza nivelul de calitate atins pentru un anumit standard.

Art. 2. - Procedurile si metodologia de acreditare a spitalelor respecta urmatoarele fundamente si principii:

a)transparenta si deschidere - principiu prin care se realizeaza o informare continua si eficienta asupra procesului de acreditare, o comunicare directa cu beneficiarii acreditarii in toate etapele procesului de evaluare, inclusiv in elaborarea formei finale a raportului de acreditare;

b)respectarea prevederilor general acceptate privind nediscriminarea intre pacienti, respectarea demnitatii umane, principiile eticii si deontologiei medicale, grija fata de sanatatea pacientului;

c)promovarea eficientei si eficacitatii - prin evaluarea calitatii, integrarea prioritatilor de sanatate publica in standardele de acreditare, monitorizarea si promovarea prin standarde a dezvoltarii institutionale a spitalelor, abordari multidisciplinare si intersectoriale, optimizarea procesului decizional, eficacitatea utilizarii fondurilor;

d)liberul acces al pacientilor la serviciile medicale oferite de spitale;

e)coerenta, evolutie si dinamism - asigurarea prin standarde a unei dinamici si imbunatatiri continue a calitatii serviciilor medicale spitalicesti, incluzand intreg ansamblul de activitati cu caracter logistic, tehnic si medical;

f)obiectivitatea, confidentialitatea, integritatea si profesionalismul evaluatorilor;

g)protectia mediului - prin standarde specifice de monitorizare a factorilor de mediu in relatie cu serviciile medicale furnizate de catre spitale si prin controlul aplicarii reglementarilor referitoare la calitatea factorilor de mediu.

Art. 3. - Premergator inceperii procesului de acreditare va avea loc simularea activitatii de evaluare la nivelul a 4 spitale-pilot. (Propuneri: Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice „Prof. Dr. N. Paulescu”, Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes, Spitalul Clinic de Nefrologie „Dr. Carol Davila”, Spitalul Comunal Calinesti, judetul Arges).

Capitolul II

Procedurile de acreditare

Art. 4. - Procesul de acreditare are urmatoarele etape principale:

a)inscrierea spitalului in procedura de acreditare la Comisia Nationala de Acreditare a Spitalelor, prin formular-tip, ce cuprinde principalele date referitoare la institutia ce urmeaza a fi acreditata, pe parcursul unei perioade de 30 de zile calendaristice;

b)identificarea de catre Comisia Nationala de Acreditare a Spitalelor a resurselor umane necesare vizitei de evaluare si planificarea vizitelor de

evaluare;

c)transmiterea de catre Comisia Nationala de Acreditare a Spitalelor a informatiilor si materialelor referitoare la procesul de acreditare si vizita de evaluare catre spitalele inscrise in procesul de acreditare, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la momentul inregistrarii solicitarii de acreditare;

d)transmiterea fisei de autoevaluare completata de catre spital la Comisia Nationala de Acreditare a Spitalelor, cu minimum 30 de zile calendaristice inainte de data vizitei de evaluare, aceasta reprezentand premisa pentru declansarea vizitei de evaluare in vederea acreditarii;

e)constituirea si aprobarea comisiei de evaluare in vederea acreditarii in functie de specificul spitalului, potrivit prevederilor legale;

f)transmiterea de catre Comisia Nationala de Acreditare a Spitalelor a informatiilor cu privire la componenta comisiei de evaluare si la perioada desfasurarii vizitei, spre stiinta, spitalului ce urmeaza a fi evaluat;

g)analiza fisei de autoevaluare a spitalului de catre comisia de evaluare constituita, stabilirea obiectivelor si detaliilor vizitei si comunicarea acestora in scris spitalului si conducerii Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor;

h)vizita propriu-zisa a spitalului de catre comisia de evaluare;

i)redactarea proiectului de raport de evaluare de catre membrii comisiei de evaluare si transmiterea catre spitalul evaluat;

j)formularea de obiectii in scris, in maximum 5 zile lucratoare, privind unele aspecte ale proiectului de raport de evaluare, de catre spital, daca este cazul;

k)analizarea obiectiilor si punctelor de vedere remise de catre spital si elaborarea de catre comisia de evaluare a raportului de evaluare;

l)inaintarea raportului de evaluare Unitatii de analiza si acreditare din cadrul Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor, in vederea elaborarii raportului de acreditare, si catre spital pentru luare la cunostinta;

m)elaborarea raportului de acreditare de catre Unitatea de analiza si acreditare pe baza raportului de evaluare;

n)emiterea hotararii privind acreditarea spitalului, in baza raportului de acreditare, de catre organul colegial de conducere al Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor.

Art. 5. - In termen de 15 zile calendaristice de la comunicarea hotararii privind tipul de acreditare/neacreditare, spitalul poate contesta hotararea la presedintele organului colegial de conducere al Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor.

Art. 6. - Certificatul de acreditare se elibereaza spitalelor care au obtinut acreditarea, in termen de maximum 30 de zile de la comunicarea hotararii organului colegial de conducere al Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor.

Capitolul III

Standarde de calitate pentru acreditarea spitalelor

Referinta 1	MSO	MANAGEMENTUL STRATEGIC AL ORGANIZATIEI
Standard 1	MSO.1	Planul strategic al institutiei este bazat pe nevoile de ingrijire si preventie ale pacientilor
Standard 2	MSO.2	Organizarea institutiei asigura luarea

		deciziilor in mod optim
Standard 3	MSO.3	Strategia de comunicare interna si externa a institutiei este viabila
Standard 4	MSO.4	Activitatea institutiei se sprijina pe previziunile bugetare
Standard 5	MSO.5	Institutia are mecanisme de supraveghere a gestiunii sale
Standard 6	MSO.6	Colaborarea sectiilor si departamentelor institutiei conduce la cresterea calitatii serviciilor pe perioada de spitalizare
Standard 7	MSO.7	Sectoarele de activitate sunt implicate in realizarea obiectivelor de calitate ale institutiei
Standard 8	MSO.8	Controlul resurselor se face la nivel organizational si sectorial
Standard 9	MSO.9	Proiectele si obiectivele institutionale strategice, sectoriale si generale sunt evaluate periodic
Referinta 2	MOI	MANAGEMENTUL OPERATIONAL AL INFORMATIILOR
Standard 1	MOI.1	Sistemul de informatii corespunde necesitatilor institutiei
Standard 2	MOI.2	Gestionarea informatiilor respecta confidentialitatea si securitatea datelor
Standard 3	MOI.3	Institutia realizeaza culegerea si prelucrarea informatiilor medicale
Standard 4	MOI.4	Sistemul de informatii este evaluat constant
Referinta	MRU	MANAGEMENTUL

3		RESURSELOR UMANE
Standard 1	MRU.1	Managementul resurselor umane este corespunzator specificului institutiei
Standard 2	MRU.2	Politica de resurse umane este adaptata evolutiei institutiei
Standard 3	MRU.3	Politica de angajare este adaptata necesitatilor institutiei
Standard 4	MRU.4	Politica pentru noii angajati urmareste integrarea organizationala a acestora

Standard 5	MRU.5	Comunicarea intraorganizationala este integrata in politica de management a resurselor umane
Standard 6	MRU.6	Evaluarea periodica a personalului este indeplinita
Standard 7	MRU.7	Nivelul de competenta a personalului este imbunatatit prin formare continua
Standard 8	MRU.8	Administrarea datelor personale ale angajatilor permite pastrarea confidentialitatii si securitatii informatiilor
Standard 9	MRU.9	Institutia imbunatateste continuu conditiile de munca ale personalului
Standard 10	MRU.10	Managementul de resurse umane este evaluat
Referinta 4	MMI	MANAGEMENTUL MEDIULUI DE INGRIJIRE
Standard 1	MMI.1	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este asigurata continuu
Standard 2	MMI.2	Institutia asigura securitatea si intretinerea echipamentelor, instalatiilor si a cladirilor
Standard 3	MMI.3	Regulile de igiena a alimentatiei sunt respectate si se asigura meniuri echilibrate

Standard 4	MMI.4	Calitatea, igiena si circuitul lenjeriei sunt asigurate
Standard 5	MMI.5	Institutia asigura securitatea si igiena spatiilor si echipamentelor
Standard 6	MMI.6	Circuitele de transport specifice sunt organizate si coordonate
Standard 7	MMI.7	Managementul deeurilor respecta principiile de igiena si protectie a persoanelor si a mediului
Standard 8	MMI.8	Institutia asigura masuri pentru siguranta pacientilor si a bunurilor acestora, precum si ale personalului propriu
Standard 9	MMI.9	Institutia ia masuri pentru asigurarea securitatii persoanelor printr-un plan de prevenire a incendiilor si de evacuare
Standard 10	MMI.10	Calitatea mediului de ingrijire a pacientului este evaluata
Referinta 5	MCS	MANAGEMENTUL CALITATII SERVICIILOR
Standard 1	MCS.1	In planul strategic, institutia are o politica de calitate pe care o sustine
Standard 2	MCS.2	Politica de calitate se bazeaza pe nevoile pacientilor
Standard 3	MCS.3	Institutia are o politica pentru eficientizarea serviciilor medicale
Standard 4	MCS.4	Institutia are programe de monitorizare si evaluare a serviciilor
Referinta 6	DPC	DREPTURILE PACIENTULUI SI COMUNICAREA
Standard 1	DPC.1	Planul strategic al institutiei are inscrite prevederi referitoare la drepturile pacientului
Standard 2	DPC.2	Dreptul la ingrijiri medicale este asigurat nediscriminatoriu
Standard 3	DPC.3	Pacientul si apartinatorii sunt

		informati cu privire la conditiile de spitalizare
Standard 4	DPC.4	Informarea pacientului se face adaptat nivelului de intelegere
Standard 5	DPC.5	Planul de tratament si investigatii este bazat pe consimtamantul informat al pacientului
Standard 6	DPC.6	Acordarea ingrijirilor trebuie sa respecte intimitatea si demnitatea pacientului
Standard 7	DPC.7	Dreptul pacientului privind confidentialitatea informatiilor si a vietii private este respectat
Standard 8	DPC.8	Pacientii beneficiaza de toate serviciile medicale si paramedicale necesare ingrijirii sanatatii lor
Standard 9	DPC.9	Institutia are prevazut un sistem de preluare si solutionare a reclamatiiilor si/sau plangerilor pacientilor
Standard 10	DPC.10	Politica institutiei urmareste respectarea drepturilor pacientului, informarea si educarea lui
Referinta 7	GDP	GESTIUNEA DATELOR PACIENTULUI
Standard 1	GDP.1	Institutia are ca prioritate o politica integrata de gestionare a datelor pacientului
Standard 2	GDP.2	Gestionarea datelor pacientului respecta regulile de confidentialitate si anonim
Standard 3	GDP.3	Modalitatea de stocare a datelor si a dosarului pacientului permite o utilizare facila a informatiilor
Standard 4	GDP.4	Modul de consemnare a datelor medicale in dosarul pacientului asigura o buna calitate a informatiei pentru specialisti
Standard	GDP.5	Accesul la datele

5		medicale din dosarul pacientului este organizat
Standard 6	GDP.6	Gestionarea datelor pacientului este evaluata si imbunatatita continuu

Referinta 8	MIS	MANAGEMENTUL INGRIJIRILOR DE SANATATE
Standard 1	MIS.1	Institutia are o politica pentru primirea si luarea in evidenta a pacientilor
Standard 2	MIS.2	Accesul pacientilor la servicii este o componenta a politicii institutiei
Standard 3	MIS.3	Planul de ingrijire a pacientului se bazeaza pe datele medicale obtinute la momentul internarii
Standard 4	MIS.4	Nevoile medicale si personale ale pacientului sunt luate in considerare in complexitatea lor
Standard 5	MIS.5	Ingrijirea pacientului este coordonata in cadrul sectoarelor clinice de activitate
Standard 6	MIS.6	Institutia garanteaza continuitatea ingrijirilor
Standard 7	MIS.7	Managementul pacientului cu potential chirurgical este bazat pe comunicare intre echipe multidisciplinare specializate
Standard 8	MIS.8	Sectiile institutiei si farmacia asigura continuitatea ingrijirilor
Standard 9	MIS.9	Salile de operatie, de nastere si serviciul ATI asigura continuitatea ingrijirilor
Standard 10	MIS.10	Laboratoarele de analize medicale clinice si paraclinice, precum si cel de

		anatomie patologica asigura continuitatea ingrijirilor
Standard 11	MIS.11	Institutia a organizat sectoarele de radiodiagnostic, radioterapie, medicina nucleara, explorari functionale, recuperare medicala si fizioterapie
Standard 12	MIS.12	Externarea pacientului este planificata si coordonata
Standard 13	MIS.13	Institutia are proceduri legate de stari critice sau deces
Standard 14	MIS.14	Sectiile si departamentele institutiei utilizeaza procoale de diagnostic si terapeutice
Standard 15	MIS.15	Sectiile si departamentele institutiei evalueaza practicile profesionale si performantele obtinute
Referinta 9	PGR	PREVENIREA SI GESTIUNEA RISCURILOR
Standard 1	PGR.1	Exista o politica de prevenire si gestiune a riscurilor si a evenimentelor nedorite
Standard 2	PGR.2	Exista o politica de gestionare a riscului generat de aparatele, instrumentele si dispozitivele medicale
Standard 3	PGR.3	Exista o politica de gestionare a riscului pentru mediul fizic, intern si extern
Standard 4	PGR.4	Exista o politica de securitate si mentenanta a cladirilor, infrastructurii si instalatiilor
Standard 5	PGR.5	Exista o politica privind securitatea patrimoniului
Standard 6	PGR.6	Exista programe de evaluare si interventie pentru

		situatii de urgenta, dezastre, catastrofe naturale
Referinta 10	MIN	MANAGEMENTUL INFECTIILOR NOSOCOMIALE
Standard 1	MIN.1	Institutia are o politica de diminuare a riscului infectios si epidemiologic al mediului spitalicesc
Standard 2	MIN.2	Specialistii sunt implicati in elaborarea programului de control privind riscul infectios
Standard 3	MIN.3	Programul institutiei referitor la infectiile nosocomiale este coordonat
Standard 4	MIN.4	Actiunile de prevenire si educatie pentru sanatate ale pacientilor si vizitatorilor sunt parte componenta a programului de prevenire si combatere a infectiilor nosocomiale
Standard 5	MIN.5	Prescrierea si utilizarea antibioticelor este justificata
Standard 6	MIN.6	Institutia asigura masuri pentru protejarea personalului impotriva infectiilor
Standard 7	MIN.7	Institutia se preocupa de sterilizarea, de mentinerea sterilitatii si de dezinfectia instrumentelor, dispozitivelor si aparatelor medicale
Standard 8	MIN.8	Institutia protejeaza mediul intraspitalicesc
Standard 9	MIN.9	Institutia ia masuri pentru diminuarea riscului de infectii nosocomiale
Standard 10	MIN.10	Institutia face o evaluare constanta a riscului de infectie intraspitaliceasca

Referinta 11	STT	SIGURANTA TRANSFUZIEI SI TRANSPLANTULUI
Standard 1	STT.1	Institutia pune in aplicare legislatia privind transfuziile si transplanturile
Standard 2	STT.2	Programele specifice de prevenire a riscurilor transfuzionale si hemovigilenta sunt operationale
Standard 3	STT.3	Institutia asigura securitatea transfuzionala prin pregatirea specialistilor
Standard 4	STT.4	Prelevarea de celule, tesuturi si organe se face in conformitate cu legislatia in vigoare
Standard 5	STT.5	Institutia are proceduri pentru prelevare de organe in cadrul retelei nationale
Standard 6	STT.6	Metodologia de transplant este evaluata si imbunatatita

Capitolul IV

Metode utilizate pentru acreditarea spitalelor

Art. 7. - (1) Evaluarea interna (autoevaluarea) consta in prezentarea unor informatii generale despre spital, despre serviciile oferite si indicatorii de performanta ai acestuia.

(2) Evaluarea externa consta in vizitarea propriu-zisa a spitalului de catre comisia de evaluare si are urmatoarele etape principale:

a) sedinta de deschidere, care are drept obiective prezentarea membrilor comisiei de evaluare, respectiv a echipei manageriale a spitalului, prezentarea agendei detaliate a vizitei in spital, prezentarea persoanelor desemnate pentru asigurarea accesului in toate zonele spitalului (pe perioada evaluarii) si alte aspecte organizatorice;

b) sedinta de informare de la inceputul fiecărei zile, organizata de echipa de evaluatori cu sprijinul conducerii spitalului. Obiectivul acestui tip de intalnire este de a facilita conducerii spitalului urmarirea si intelegerea la zi a procesului de evaluare si prezentarea unei informatii de catre evaluatori privind vizita din ziua precedenta;

c) activitatea fiecarui evaluator urmareste indeplinirea obiectivelor specifice care i-au revenit in cadrul comisiei de evaluare si consta in aprecierea proceselor care au loc in cadrul spitalului, realizandu-se prin aplicarea metodelor si tehnicilor de colectare a datelor. Aceasta activitate are in vedere pacientul, de la primirea si spitalizarea sa, pana la ingrijirile, tratamentele si serviciile pe care le capata pe parcursul perioadei de internare, precum si inscrierea acestora in foaia de observatie si in celelalte acte si inscrieri medicale, pana la externare;

d) sedinta de informare finala are drept obiectiv prezentarea

rezultatelor vizitei de evaluare;

e) pregătirea proiectului raportului de evaluare începe în timpul vizitei de evaluare, prin întâlniri regulate ale evaluatorilor. Practic, fiecare evaluator compilează, analizează și organizează datele colectate, astfel încât acestea să poată fi ulterior integrate în proiectul raportului de evaluare.

Art. 8. - Tehnicile și instrumentele utilizate în timpul vizitei de evaluare a spitalelor sunt:

1. Tehnici de colectare a datelor:

a) verificarea - realizându-se prin comparație, examinare, recalculare, punere de acord;

b) observarea directă - constând în urmărirea la fața locului a derulării unei activități, fără ca aceasta să fie perturbată de evaluator;

c) focus-grupul - ca tehnica 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 avute în discuție;

d) analiză - constând în identificarea elementelor-cheie ale unui proces și examinarea acestora pe părți componente;

e) traseul pacientului - ca tehnica prin care se urmărește identificarea experiențelor pacientului în perioada de spitalizare, constând în selectarea unuia sau a mai multor pacienți, aflat/aflați în spital la momentul vizitei, iar evaluatorul îi/le va urmări traseul de la internare până în momentul vizitei de evaluare.

2. Principalele instrumente utilizate pentru acreditarea spitalelor sunt:

a) programul vizitei de evaluare - cuprinzând etapele orare și obiectivele de îndeplinit ale misiunii de evaluare;

b) minuta de ședință - ce cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentanții spitalului evaluat;

c) lista documentelor solicitate - reprezentând însiruirea documentelor de care evaluatorii au nevoie în timpul procesului de evaluare;

d) chestionarul administrat pacienților și aparținătorilor - ca instrument aplicat la nivel individual ce cuprinde un set de întrebări cu răspunsuri închise, care se aplică numai după obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garanției confidențialității și anonimatului;

e) chestionarul administrat personalului angajat al spitalului - ca instrument aplicat la nivel individual ce cuprinde un set de întrebări cu răspunsuri închise, care se aplică numai după obținerea consimțământului și după ce s-au dat toate asigurările în privința garanției confidențialității și anonimatului;

f) listele de verificare - ce vor fi utilizate în vederea eficientizării activității evaluatorilor;

g) fișele de identificare și evidențiere a disfuncționalităților - privind consemnarea unor stări de fapt constatate cu ocazia vizitei de evaluare și care sunt semnate pentru conformitate și de reprezentantul desemnat al spitalului;

h) fișa de constatare a situațiilor deosebite - ca un act unilateral întocmit de evaluatori, care este transmisă președintelui Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor și care atrage după sine întreruperea vizitei de evaluare.

Art. 9. - Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor va publica pe pagina sa de internet criteriile și modalitățile de verificare a respectării criteriilor, actualizate și comunicate constant Ministerului Sănătății.