



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



Ghid practic pentru pregătirea evaluării în vederea acreditării în ciclu L II de acreditare

*elaborat în conformitate cu noul Ordin al Ministerului Sănătății
privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a
spitalelor*

Andrei Cosmin DAVID
București 20.04.2017

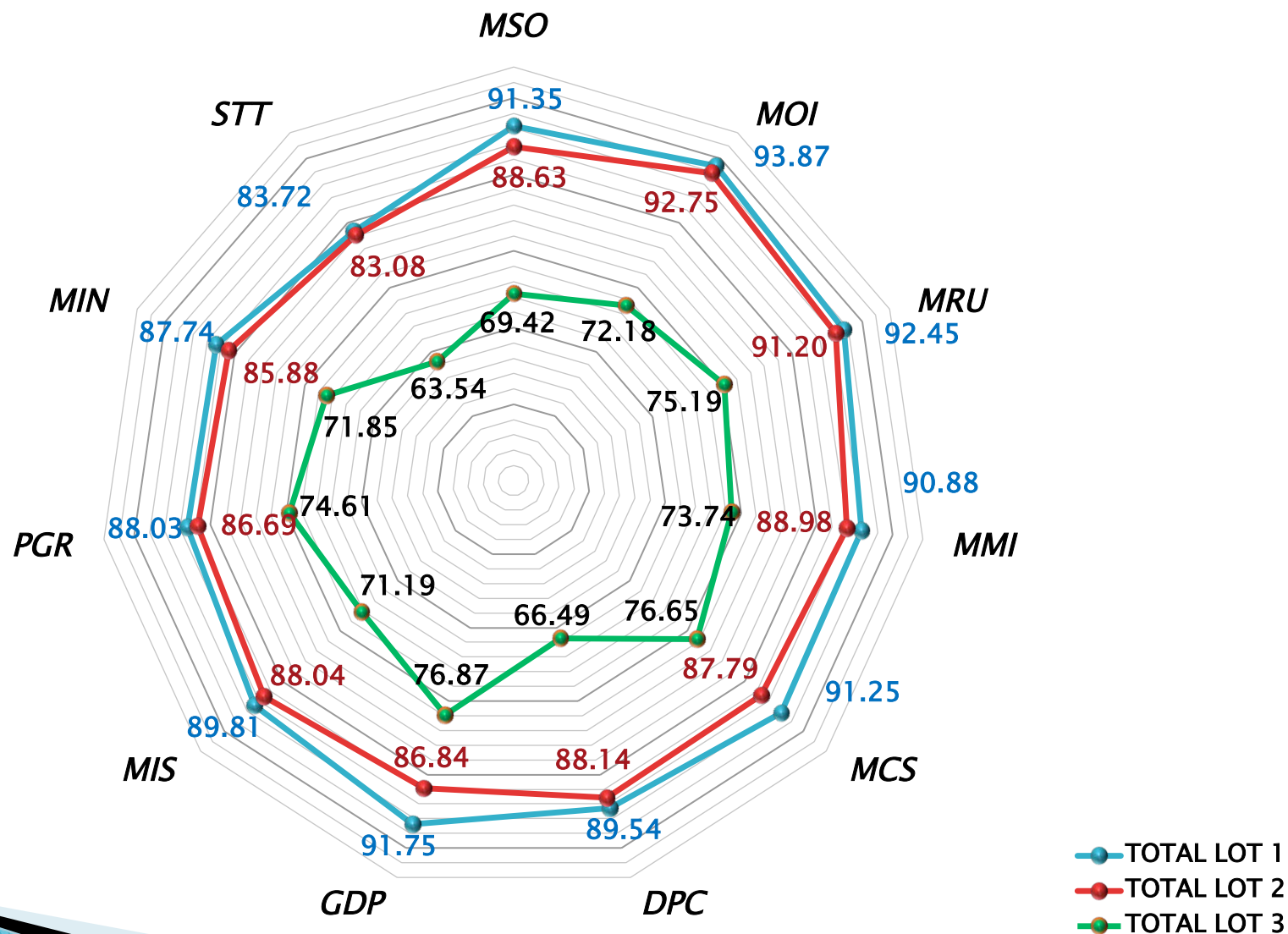
Retrospectiva ciclului I de acreditare

LOT→ PROCEDURĂ ↓	LOT 1 (77 spitale 2011-2013)	LOT 2 (182 spitale 2014 – oct 2015)	LOT 3 (174 spitale nov 2015 – iun 2016)
PO FORMARE ȘI PERFECTIONARE EVALUATORI	• Formați la CoNAS • 1 săptămână • Fără cerință de a fi lucrat în spital	• Formați SNSPMPDS • 2 săptămâni • cerințe obligatorii • perfecționare	
PO EVALUARE	• taxa/pat • repartizarea ev. • 2199 indicatori • există/nu există • documente pentru DA • programul vizitei	• taxa/structură • repartizarea ev. • întâlnire conducere • 2199 indicatori (o parte reformulați) • adaptarea ind. la legislație • simulare urgență • date statistice manag • CaPeSaRo • programul vizitei	• ev. coordonator • 1404 indicatori și modalități de validare (PRE, VIZITĂ, POST) • PRE-VIZITA l.v. • Lista 22 a • modificarea timpilor
ACREDITARE	• punctaj diferit/referință • 4 categorii acreditare	• punctaj diferit/referință • corelații ind./proces • 2 categorii acreditare	• punctaj diferit/indicator • monitorizare

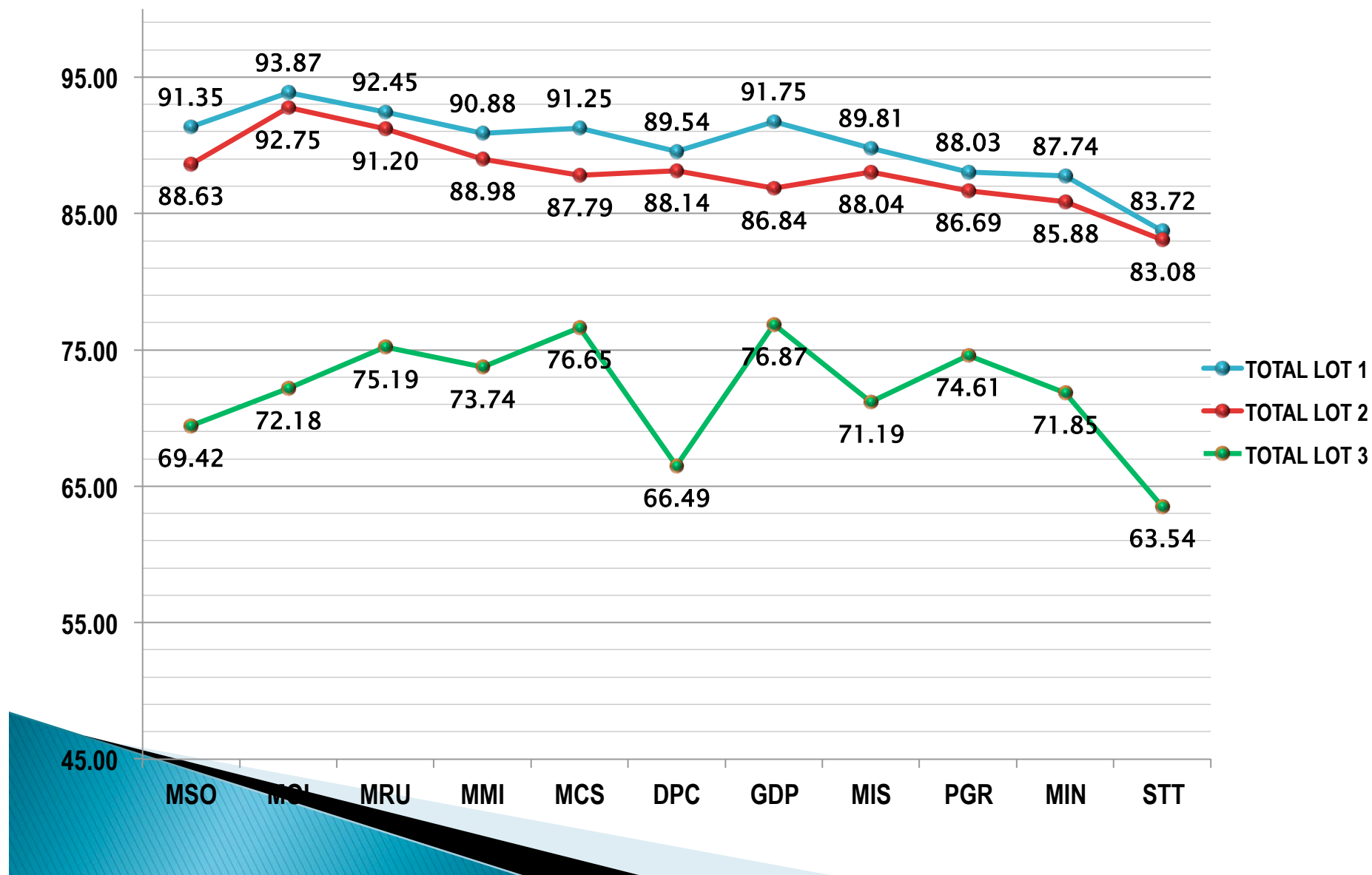
Rezultatele ciclului I de acreditare

REFERINȚĂ	TOTAL LOT 1	TOTAL LOT 2	TOTAL LOT 3	DIFERENȚĂ LOT 1- LOT 3	DIFERENȚĂ LOT 2 - LOT 3
MSO	91,35	88,63	69,42	21,92	19,21
MOI	93,87	92,75	72,18	21,70	20,57
MRU	92,45	91,20	75,19	17,26	16,01
MMI	90,88	88,98	73,74	17,15	15,24
MCS	91,25	87,79	76,65	14,60	11,15
DPC	89,54	88,14	66,49	23,04	21,64
GDP	91,75	86,84	76,87	14,89	9,97
MIS	89,81	88,04	71,19	18,61	16,85
PGR	88,03	86,69	74,61	13,42	12,08
MIN	87,74	85,88	71,85	15,88	14,02
STT	83,72	83,08	63,54	20,18	19,54
Medie / Lot	89,77	88,10	72,21	17,56	15,89

Rezultatele ciclului I de acreditare



Rezultatele ciclului I de acreditare



Noutăți în ciclul II de acreditare – PAȘI MQ

ACREDITARE I	ACREDITARE II – <i>ce trebuie să facă spitalul?</i>
NU AU FOST PREZENTAȚI SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS	I. Luarea deciziei: <i>1. completarea de către manager a DECIZIEI</i> II. Înființarea unei structuri de management: <i>1. angajarea personalului și pregătirea corespunzătoare a acestora,</i> <i>2. stabilirea responsabilităților până la nivelul structurilor funcționale</i> III. Constituirea COMITET/COMISIE/ECHIPĂ DE COORDONARE <i>1. identificarea personalului din cadrul tuturor structurilor (medic șef, asistent șef, șef structuri TESA etc)</i> <i>2. decizie de numire – responsabilități/sarcini/atribuții ȘI INSTRUIRE</i> <i>3. elaborarea politicii de calitate</i> IV. Evaluarea (diagnoza) - etapa esențială care scoate în evidență punctele tari și punctele slabe, permite măsurarea diferențelor dintre situația existentă și exigențele din standarde, permite stabilirea planurilor de acțiuni cu: termene și resurse necesare, pentru realizarea obiectivelor propuse – <i>completarea FAE 1</i> V. Lansarea demersului – anunțarea proiectului <i>1. informarea oficială (site) a întregului personal, astfel încat, fiecare în parte, să conștientizeze rolul său în cadrul demersului.</i> <i>2. depunerea cererii de înscriere în procedura de evaluare și acreditare CICLUL II + DOVADA REALIZĂRII I – IV</i>

Noutăți în ciclul II de acreditare

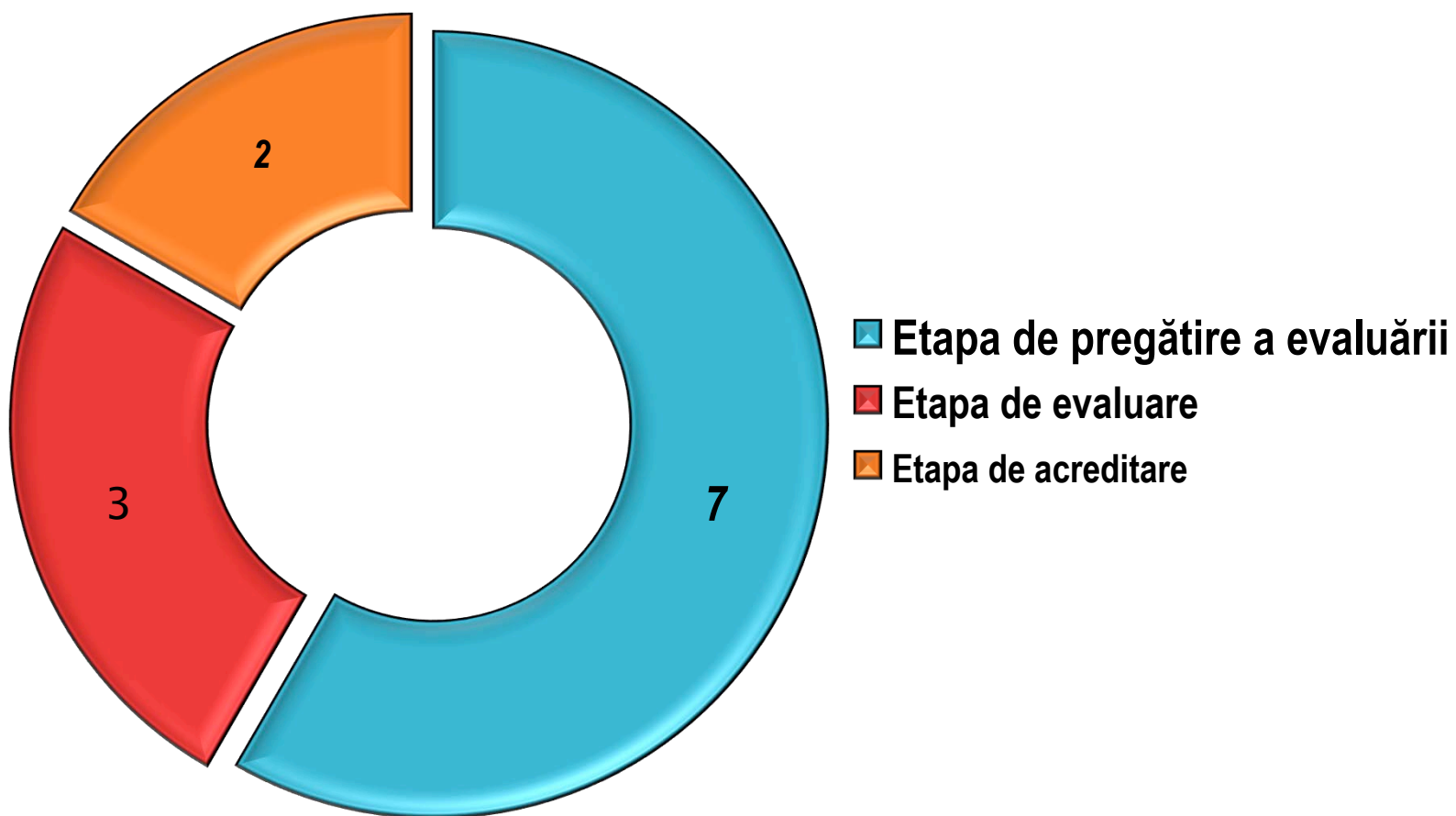
ACREDITARE I	ACREDITARE II
Înscrierea în procedura de acreditare: 1. prin cerere tip; 2. termen de înscriere - 1 an de la publicarea Ord.MS 972/2010; 3. nu reglementa situația spitalelor nou înființate.	Înscrierea în procedura de acreditare: 1. prin cerere tip; 2. termen de înscriere (depunerea cererii) - Spitale acreditate: 1 an - 9 luni înainte de expirarea acreditării, - Spitale neevaluate, dar care au depus cerere, - NU MAI ESTE NECESARĂ DEPUNEREA UNEI NOI CERERI; - Spitale neevaluate care depun, pentru prima dată, cererea de înscriere în termen de 1 an de la publicarea Ordinului - se acreditează în ciclul II.
Planificarea vizitei de evaluare în vederea acreditării 1. perioada solicitată; 2. solicitarea de replanificare.	Planificarea vizitei de evaluare 1. stabilirea unui număr maxim de spitale ce pot fi evaluate/lună/trimestru (20/60); 2. data expirării acreditării și a realizării primei evaluări – <i>USP acreditate</i>; 3. rezultatele procesului de MONITORIZARE; 4. respectarea termenului de 5 ani de la depunerea cererii de înscriere - <i>pt USP neevaluate în ciclul I</i>; 5. constatările din timpul etapei de pregătire a evaluării; 6. solicitarea de replanificare.

Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
Etapele procesului nu au fost: 1. definite; 2. grupate în funcție de momentul în care se desfășoară; 3. explicate.	Procedura de evaluare și acreditare cuprinde următoarele etape principale: 1.ETAPA DE PREGĂTIRE A EVALUĂRII • se inițiază cu 1 an - 9 luni înainte • se desfășoară pe o perioadă de 7 luni • dialog între ANMCS și spital 2. ETAPA DE EVALUARE • se inițiază dacă spitalul a transmis DOS • se desfășoară pe o perioadă de 3 luni • dialog între C.E. și spital 3. ETAPA DE ACREDITARE • se inițiază după finalizarea etapei 2 • se desfășoară pe o perioadă de 2 luni • dialog ANMCS și C.E. și spital

DURATA DE DESFĂȘURARE A FIERCĂREI ETAPEI DIN CADRUL PROCEDURII DE EVALUARE ȘI ACREDITARE

(luni calendaristice)



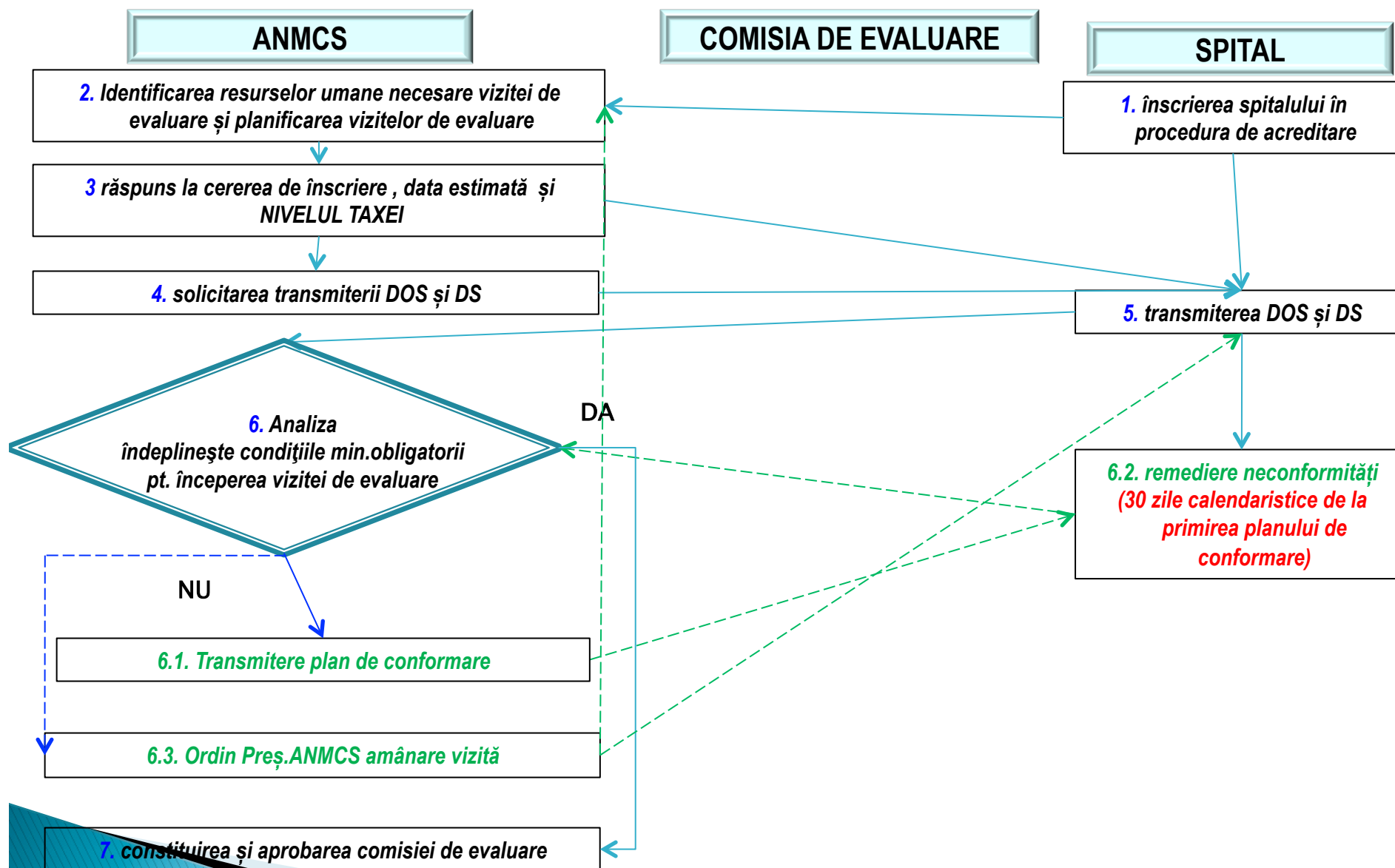
Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
Etapa de pregătire a vizitei de evaluare - inclusiv condițiile obligatorii pentru declanșarea vizitei de evaluare: 1. transmiterea FAE și a anexelor 2. achitarea taxei de acreditare	Etapa de pregătire a vizitei de evaluare - inclusiv condițiile obligatorii pentru declanșarea vizitei de evaluare 1. introducerea Fișei de Identificare a Spitalului și a CaPeSaRo (<i>în toate etapele procesului</i>); 2. transmiterea către ANMCS a Documentelor Obligatorii Solicitate (DOS) și a celor suplimentare necesare procesului (DS); DOS = FAE 1 + autorizații/avize + proceduri/protocoale cu impact major asupra siguranței pacientului + OP taxă; 3. perioada de pregătire a vizitei - 7 luni, dialogul ANMCS-spital se poartă prin RZPV; 4. remedierea neconformităților din "plan de conformare în vederea evaluării"- 30 de zile de la primirea acestuia; 5. AMÂNAREA vizitei de evaluare SAU 6. constituirea Comisiei de Evaluare (CE)

Noutăți în ciclul II de acreditare – PAȘI MQ

ACREDITARE I	ACREDITARE II - <i>ce trebuie să facă spitalul?</i>
NU AU FOST PREZENTAȚI SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS	VI. Formarea și sensibilizarea complementară: formarea trebuie să fie efectuată la toate nivelurile instituției și trebuie adaptată în funcție de gradul de implicare al fiecărui membru al personalului instituției. VII. Stabilirea documentației: redactarea documentelor de calitate, începând cu procedura princeps, apoi procedurile de sistem și operationale, protocoalele de diagnostic și terapeutice, instrucțiunile de lucru și redactarea manualului de calitate. VIII. Prima punere în aplicare operațională a documentației și primul audit intern: punerea în aplicare a procedurilor redactate, apoi realizarea imediată a unui audit intern, pentru a asigura cunoasterea responsabilităților tuturor utilizatorilor și a modului de respectare a acestora. IX. Bilanțul și corectarea documentației: bilanț prezentat în cadrul comitetului de director, destinat pentru ameliorari (elaborari complementare, modificarea documentației, etc.). X. A doua punere în aplicare operațională a documentației: verificarea eficacității modificărilor aduse.

Diagrama procesului - ETAPA DE PREGĂTIRE A VIZITEI

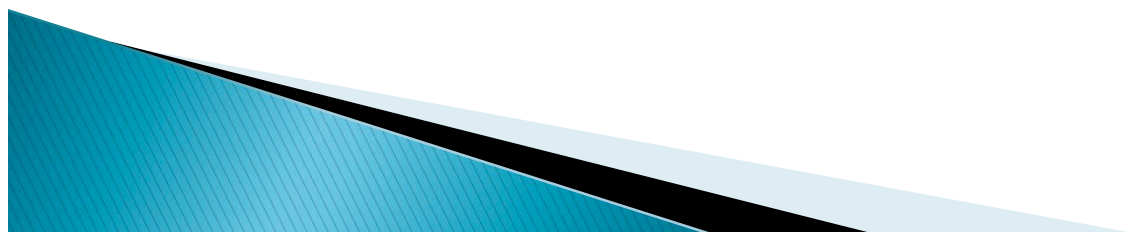


Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
Vizita de evaluare cu subetapele: A) pre-vizita 1. inițierea etapei = 1 săptămână înaintea vizitei efective; 2. componența CE și perioada și programul vizitei; 3. indicatori specifici.	Etapa de evaluare cu subetapele: A) pre-vizita 1. inițierea etapei = cu 2 luni înaintea vizitei - în tot acest timp CE comunică cu spitalul în vederea identificării și clarificării tuturor aspectelor legate de implementarea MQ, inclusiv solicită actualizarea FAE (transmiterea FAE 2) și documente suplimentare care să permită constatarea îmbunătățirilor produse de măsurile stabilite prin planul de acțiuni realizat de către SMC existentă la nivelul spitalului; 2. indicatori specifici; 3. CE elaborează <i>"raportului ce conține concluziile analizei documentelor transmise de către spital"</i>, în baza acestuia vizita putând fi ANULATĂ; 4. întâlnire ANMCS cu conducerea spitalului.

Noutăți în ciclul II de acreditare – PAȘI MQ

ACREDITARE I	ACREDITARE II - <i>ce trebuie să facă spitalul?</i>
NU AU FOST PREZENTAȚI SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS	Auditul de validare / audit "în alb" <i>1. simulează evaluarea în vederea acreditării,</i> <i>2. se realizează prin raportarea la documentele existente și,</i> <i>3. în mod ideal, prin intermediul unui auditor independent, din exteriorul instituției.</i> Ultimele actualizări: <i>1. corectarea diferentelor detectate pe timpul auditului de validare</i>

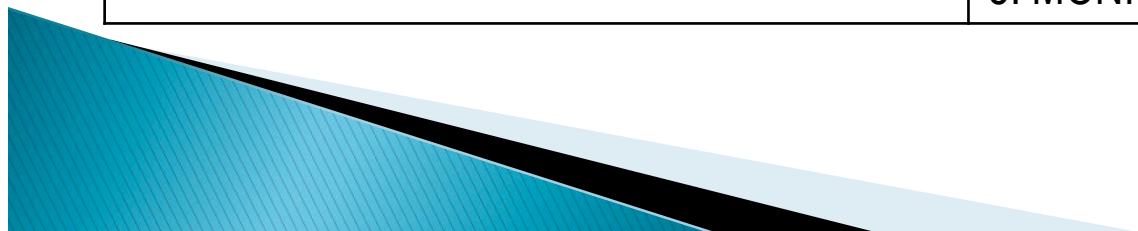


Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
B) vizita propriu-zisă 1. primul contact cu CE se realiza la deschiderea vizitei; 2. în timpul vizitei se solicitau foarte multe documente care să justifice realizarea unei activități - formalism; 3. indicatori specifici. C) post-vizita 1. indicatori specifici; 2. PRE, obiecțiuni, RE.	B) vizita propriu-zisă 1. elaborarea unor INDICATORI SANTINELĂ - constatarea, în timpul vizitei, a neîndeplinirii acestora conduce la ÎNTRERUPEREA VIZITEI 2. redefinirea și introducerea unei noi tehnici de colectare a datelor - simularea unor procese pentru identificarea riscurilor clinice; 3. introducerea (recunoașterea) unor noi instrumente utilizate pentru acreditarea spitalului (FIS, DOS, PRE, RE și RA) <u>3. completarea l.v. în format electronic și încărcarea acestora în CaPeSaRo la finalizarea interviului (vizibile în timp real atât pentru spital, cât și pentru CE și ANMCS)</u> C) post-vizita 1. indicatori specifici; 2. PRE, 3. obiecțiuni analizate de angajații ANMCS, 4. RE.

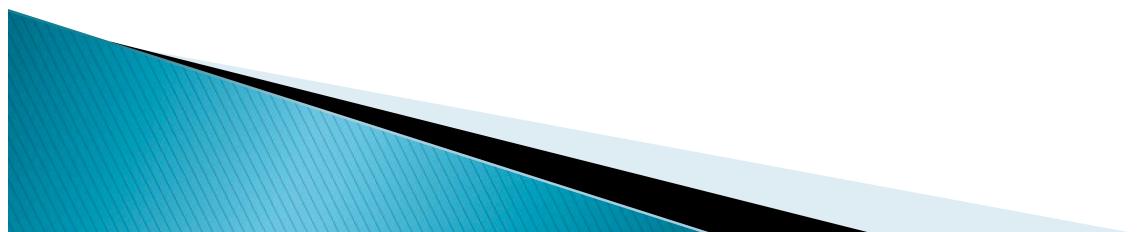
Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
Etapa de Acreditare 1. toți indicatorii dintr-un standard aveau aceeași importanță (punctaj) în determinarea implementării standardului respectiv; 2. standardele care erau implementate sub 45% nu determinau implicit NEACEDITAREA spitalului 3. lipsa unor recomandări (altele decât cele din RE) 4. încararea spitalelor în 2 (două) categorii 5. MONITORIZAREA post-acreditare	Etapa de acreditarea 1. ponderarea diferențiată a indicatorilor în cerință (inclusiv utilizarea unei metode de punctare și depunctare, pe o scară de la -10 la +10); 2. introducerea regulii ca un standard ce este implementat sub limita de acreditare să conducă la NEACREDITARE; 3. elaborarea, în urma RA, unui plan de conformare; 4. revenirea la categorii de acreditare diferite, în funcție de procentul de îndeplinire a standardelor; 5. MONITORIZAREA post-acreditare



Noutăți în ciclul II de acreditare – PAȘI MQ

ACREDITARE I	ACREDITARE II - <i>ce trebuie să facă spitalul?</i>
NU AU FOST PREZENTAȚI SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS	XIV. Corectarea neconformităților din planul de conformare primit din partea ANMCS XV. Monitorizarea , în vederea corectării neconformităților, ameliorarea continua a calitatii sistemului , creșterea nivelului de competență a instituției și a personalului propriu.



如果你要準備一個水果沙拉，你首先需要新鮮的水果，不同類型的蘋果，菠蘿，獼猴桃，西瓜，香蕉，橘子，葡萄，柑橘，桃子，油桃，葡萄乾等。

Dacă doriți ca să pregătească o salată de fructe, aveți nevoie în primul rând de fructe proaspete, diferite tipuri de mere, ananas, kiwi, pepene verde, banane, portocale, struguri, piersici, nectarine, stafide, etc.



Monitorizarea EAAAM				
Consecința asupra pacientului	Nr. EAAAM raportat la 07.04.2017	Tipul presupus al EAAAM		
		Advers	Santinela	Near-miss
Agravarea evoluției/apariția complicațiilor bolii	62	53	8	1
Deces evitabil	6	6	0	0
Diabilitate permanentă	1	1	0	0
Dizabilitate temporară	15	14	1	0
Fără urmări (near-miss)	73	21	0	52
NU AU FOST IDENTIFICATE EVENIMENTE ADVERSE	150	27	12	11
Subtotal 1	307			
Raportări compromise (teste, info. Insuficiente etc)	8			
TOTAL EAAAM	315			

Monitorizarea anuală	
Documente solicitate	Nr. USP care au raportat
Registrul Riscurilor la niv USP	296
Lista Proceduri	296
Lista protocoale	284
SMC	299

Monitorizarea semestrială	
Documente solicitate	Nr. USP care au raportat
Morbiditate spitalizata	312
Nr. CNP-uri INTERNATE	312
STRUCTURA VENITURILOR ȘI A CHELTUIELILOR	312
SECȚII/COMPARTIMENTE DE SINE STĂTĂTOARE	311
UPU/CPU	278
Ambulatoriu	294
Indicatori	în construcție