



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 Ordinul Ministerului Sănătății
privind aprobarea Standardelor, metodologiei și procedurii de evaluare și acreditare
a spitalelor*

Andrei Cosmin DAVID
București 20.04.2017

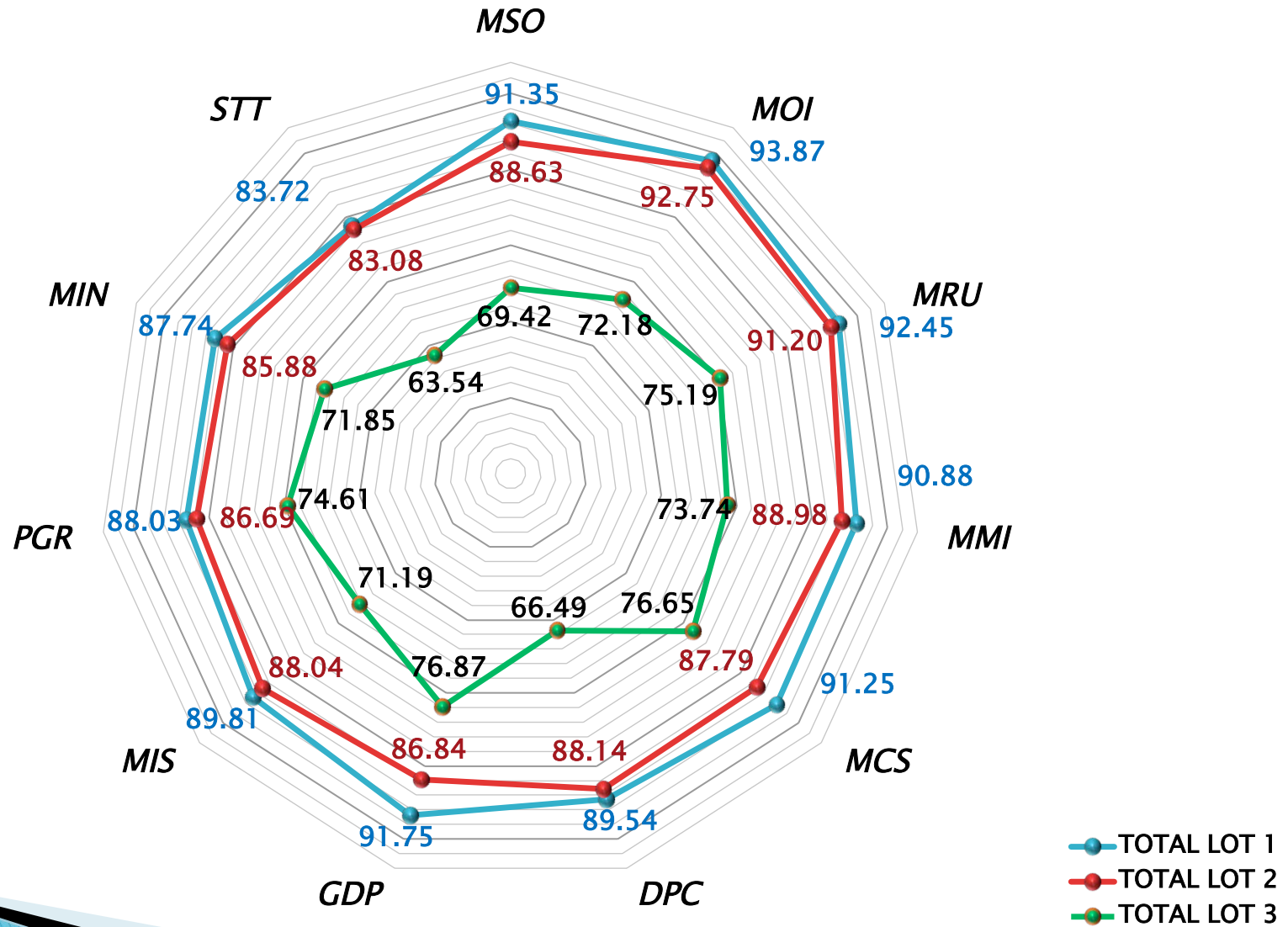
Retrospectiva ciclului I de acreditare

LOT → PROCEDURĂ ↓	LOT 1	LOT 2	LOT 3
PO FORMARE ȘI PERFECTIONARE EVALUATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Formați la CoNAS • 1 săptămână • Fără cerință de a fi lucrat în spital 	<ul style="list-style-type: none"> • Formați SNSPMPDS <ul style="list-style-type: none"> • 2 săptămâni • cerințe obligatorii • perfecționare 	
PO EVALUARE	<ul style="list-style-type: none"> • taxa/pat • repartizarea ev. • 2199 indicatori • există/nu există • documente pentru DA • programul vizitei 	<ul style="list-style-type: none"> • taxa/structură • repartizarea ev. • întâlnire conducere • 2199 indicatori (o parte reformulați) • adaptarea ind. la legislație • simulare urgență • date statistice manag • CaPeSaRo • programul vizitei 	<ul style="list-style-type: none"> • ev. coordonator • 1404 indicatori și modalități de validare (PRE, VIZITĂ, POST) • PRE-VIZITA I.v. • Lista 22 a • modificarea timpilor
ACREDITARE	<ul style="list-style-type: none"> • punctaj diferit/referință • 4 categorii acreditare 	<ul style="list-style-type: none"> • punctaj diferit/referință • corelații ind./proces • 2 categorii acreditare 	<ul style="list-style-type: none"> • punctaj diferit/indicator • monitorizare

Rezultatele ciclului I de acreditare

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

Rezultatele ciclului I de acreditare



Noutăți în ciclul II de acreditare – PAȘI MQ

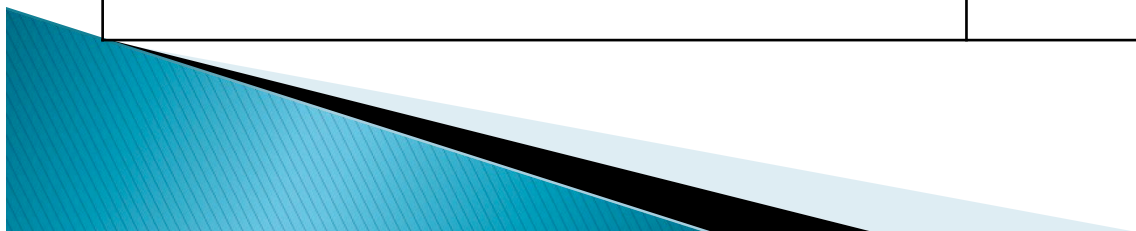
ACREDITARE I	ACREDITARE II – <i>ce trebuie să facă spitalul?</i>
<p>NU AU FOST PREZENTATE SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS</p>	<p>I. Luarea deciziei: <i>1. completarea de către managerul a DECIZIEI</i></p> <p>II. 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></p> <p>III. 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></p> <p>IV. Constituirea COMITET/COMISIE/ECHIPĂ DE COORDONARE <i>1. identificarea personalului din cadrul tuturor structurilor (medic șef, asistent șef, șef structuri TESA)</i> <i>2. decizie de numire – responsabilități/sarcini/atribuții ȘI INSTRUIRE</i> <i>3. elaborarea politicii de calitate</i></p> <p>V. Lansarea demersului – anuntarea proiectului <i>1. informarea oficială 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></p>

Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
<p>Etapele procesului nu au fost:</p> <ol style="list-style-type: none">1. definite;2. grupate în funcție de momentul în care se desfășoară;3. explicate.	<p>Procedura de evaluare și acreditare cuprinde următoarele etape principale:</p> <ol style="list-style-type: none">1. etapa de pregătire a evaluării; (1 an - 9 luni)2. etapa de evaluare;3. etapa de acreditare.
<p>Înscrierea în procedura de acreditare:</p> <ol style="list-style-type: none">1. prin cerere tip;2. termen de înscriere - 1 an de la publicarea Ord.MS 972/2010;3. nu reglementa situația spitalelor nou înființate.	<p>Înscrierea în procedura de acreditare:</p> <ol style="list-style-type: none">1. prin cerere tip;2. termen de înscriere (depunerea cererii)<ul style="list-style-type: none">- 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.

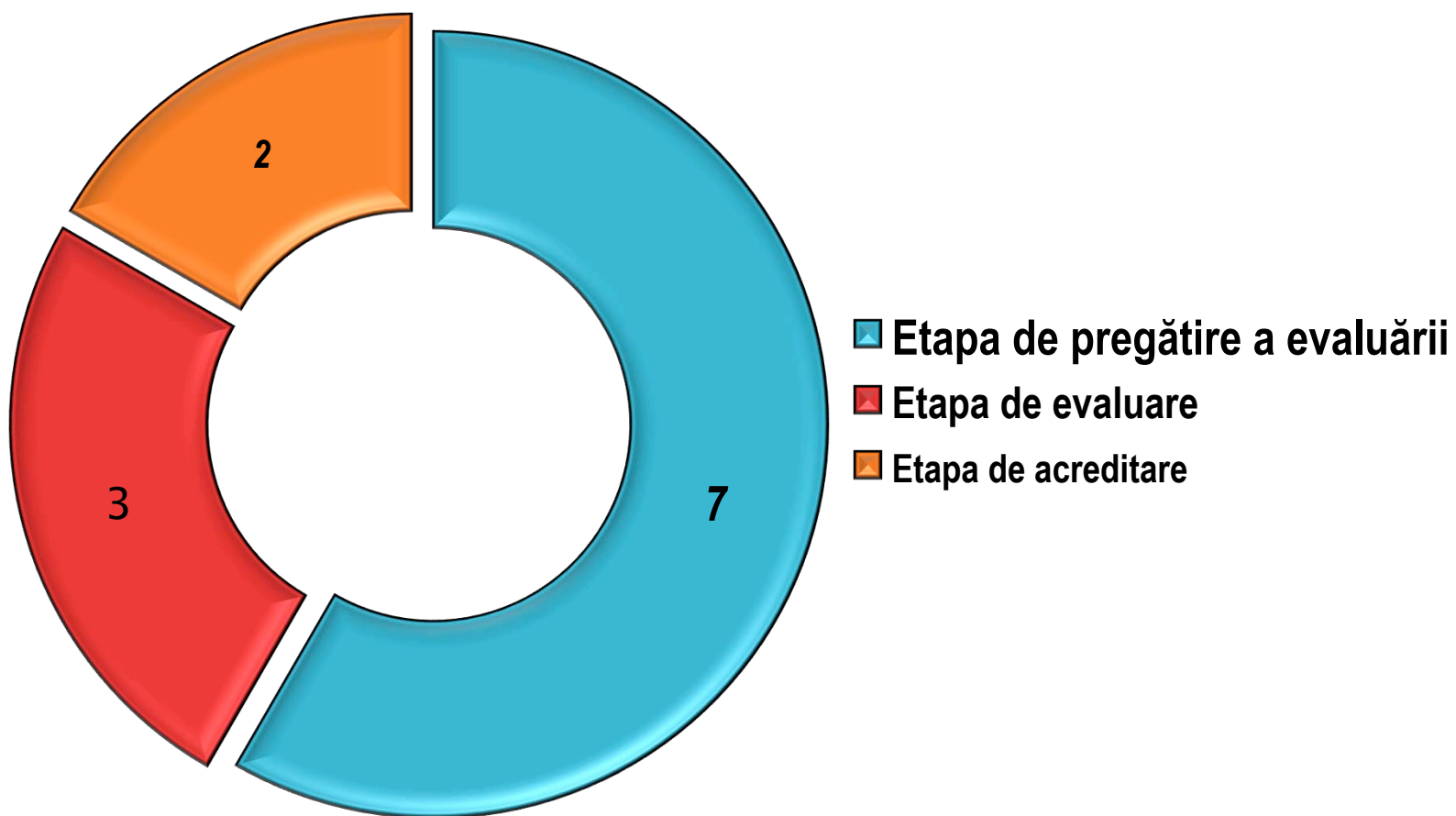
Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
<p>Planificarea vizitei de evaluare în vederea acreditării</p> <ol style="list-style-type: none">1. perioada solicitată;2. solicitarea de replanificare.	<p>Planificarea vizitei de evaluare în vederea acreditării</p> <ol style="list-style-type: none">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 primul ciclu</i>;5. constatările din timpul etapei de pregătire a evaluării;6. solicitarea de replanificare.



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
<p data-bbox="273 437 1099 560">Etapa de pregătire a vizitei de evaluare - inclusiv condițiile obligatorii pentru declanșarea vizitei de evaluare:</p> <ol data-bbox="273 571 730 651" style="list-style-type: none"><li data-bbox="273 571 730 608">1. transmiterea FAE și a anexelor<li data-bbox="273 616 730 651">2. achitarea taxei de acreditare	<p data-bbox="1137 437 1883 600">Etapa de pregătire a vizitei de evaluare - inclusiv condițiile obligatorii pentru declanșarea vizitei de evaluare</p> <ol data-bbox="1137 611 1966 1469" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1137 611 1966 715">1. introducerea Fișei de Identificare a Spitalului și a CaPeSaRo<li data-bbox="1137 726 1966 890">2. transmiterea către ANMCS a Documentelor Obligatorii Solicitate (DOS) în maxim 3 luni de la primirea listei DOS<ul data-bbox="1137 901 1966 1066" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1137 901 1966 1066">➤ DOS = FAE 1 + autorizații/avize + proceduri/protocoale cu impact major asupra siguranței pacientului + taxă<li data-bbox="1137 1077 1966 1177">3. perioada de pregătire a vizitei - 7 luni, dialogul ANMCS-spital se poartă prin RZPV.<li data-bbox="1137 1189 1966 1353">4. remedierea neconformităților din "plan de conformare în vederea evaluării"- 30 de zile de la primirea acestuia.<li data-bbox="1137 1364 1966 1406">5. AMÂNAREA vizitei de evaluare SAU<li data-bbox="1137 1417 1966 1469">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>
<p>NU AU FOST PREZENTATE SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS</p>	<p>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.</p> <p>VII. Stabilirea documentatiei: redactarea documentelor de calitate, începând cu procedura princeps, apoi de procedurile de sistem și operationale, protocoalele diagnostice și terapeutice, instrucțiunile de lucru și redactarea manualului de calitate.</p> <p>VIII. Prima punere în aplicare operationala a documentatiei și primul audit intern: punerea în aplicare a procedurilor redactate, apoi realizarea imediata a unui audit intern, pentru a asigura cunoasterea responsabilitatilor tuturor utilizatorilor și a modului de respectare a acestora.</p> <p>IX. Bilantul și corectarea documentatiei: bilant prezentat în cadrul comitetului de director, destinat pentru ameliorari (elaborari complementare, modificarea documentatiei, etc.).</p> <p>X. A doua punere în aplicare operationala a documentatiei: verificarea eficacității modificarilor aduse.</p>

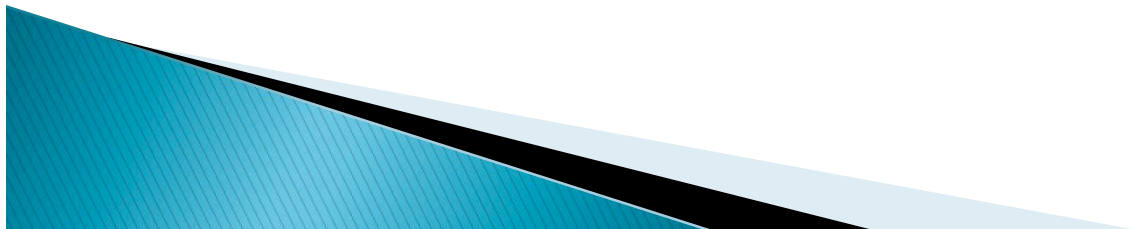
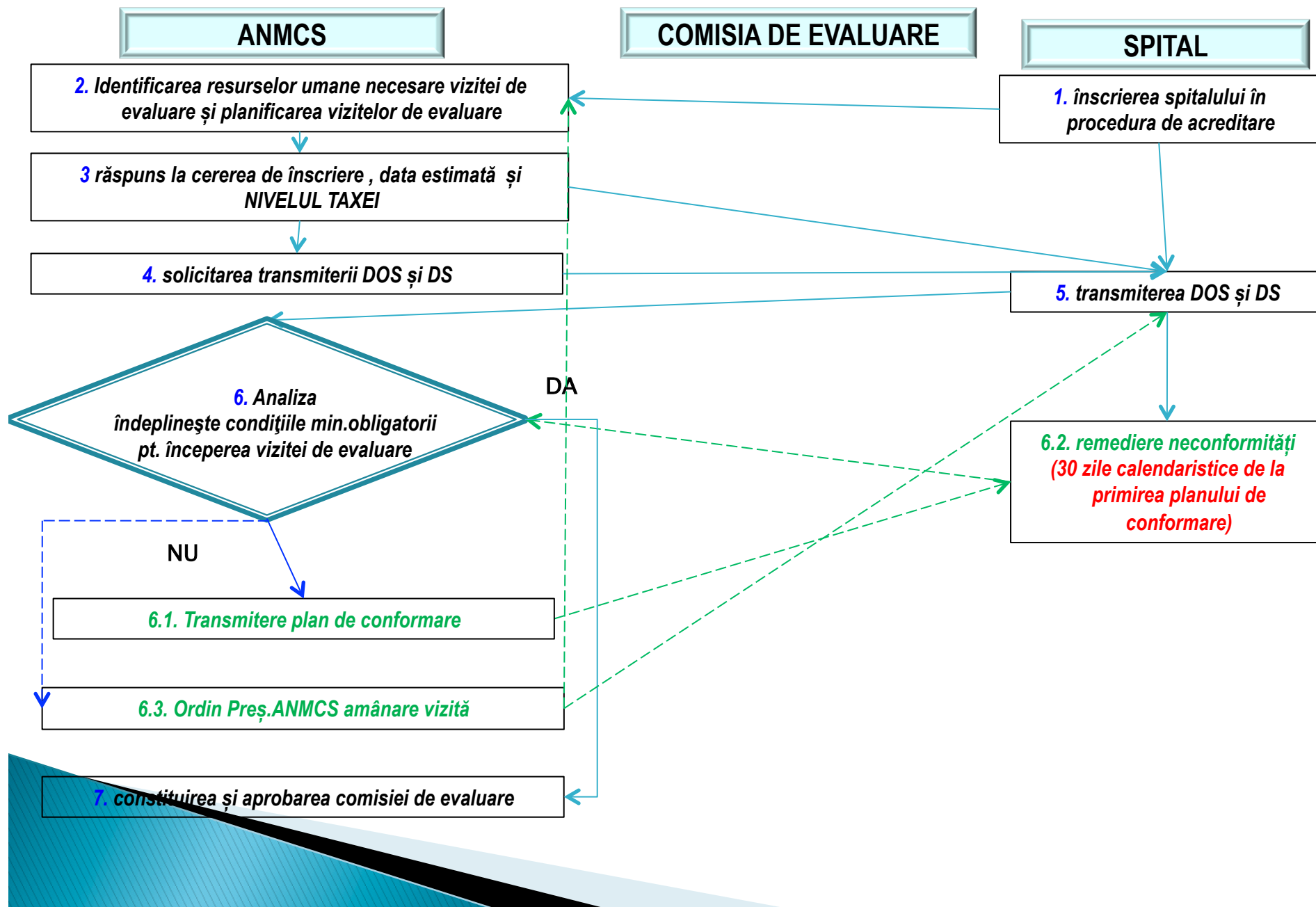


Diagrama procesului - Etapa de pregătire a vizitei

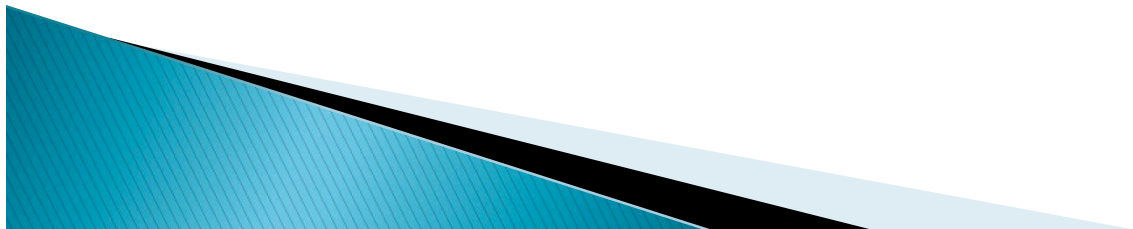


Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
<p>Vizita de evaluare cu subetapele:</p> <p>A) pre-vizita</p> <ol style="list-style-type: none">1. inițierea etapei = 1 săptămână înaintea vizitei efective;2. componența CE și perioada și programul vizitei;3. indicatori specifici.	<p>Etapa de evaluare cu subetapele:</p> <p>A) pre-vizita</p> <ol style="list-style-type: none">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 PREZENTATE 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 actualizari: <i>1. corectarea diferentelor detectate pe timpul auditului de validare</i>

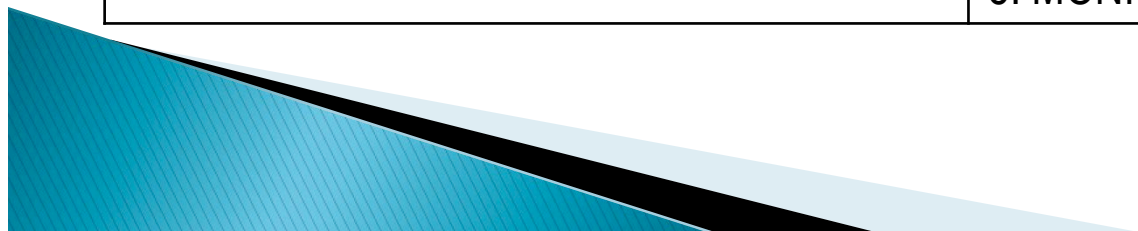


Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
<p>B) vizita propriu-zisă</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>C) post-vizita</p> <ol style="list-style-type: none">1. indicatori specifici;2. PRE, obiecțiuni, RE.	<p>B) vizita propriu-zisă</p> <ol style="list-style-type: none">1. elaborarea unor INDICATORI CRITICI - constatarea, în timpul vizitei, a neîndeplinirii acestora conduce la ÎNTRERUPEREA VIZITEI2. redefinirea și introducerea unei noi tehnice 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) <p><u>3. completarea l.v. doar 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></p> <p>C) post-vizita</p> <ol style="list-style-type: none">1. indicatori specifici;2. PRE,3. obiecțiuni analizate de angajații ANMCS,4. RE.

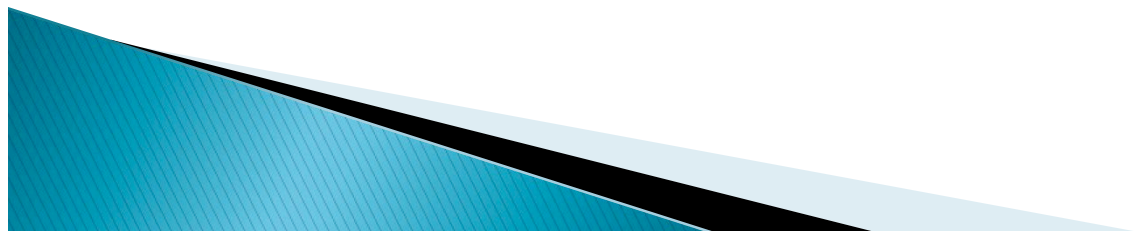
Noutăți în ciclul II de acreditare

ACREDITARE I	ACREDITARE II
<p>Etapa de Acreditare</p> <ol style="list-style-type: none">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 spitalului3. lipsa unor recomandări (altele decât cele din RE)4. încararea spitalelor în 2 (două) categorii5. MONITORIZAREA post-acreditare	<p>Etapa de acreditarea</p> <ol style="list-style-type: none">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>
<p>NU AU FOST PREZENTATE SPITALULUI PAȘII PE CARE ACESTA TREBUIE SĂ ÎI PARCURGĂ PENTRU IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII, conform cu standardele ANMCS</p>	<p>XIV. Corectarea neconformităților din planul de conformare primit din partea ANMCS</p> <p>XV. Monitorizarea, în vederea corectării neconformităților, ameliorarea continua a calitatii sistemului, creșterea nivelului de competență a instituției și a personalului propriu.</p>



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 <i>la 07.04.2017</i>	Tipul presupus al EAAAM		
		Advers	Santinel a	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
<i>Subtotal 1</i>	307			
<i>Raportări compromise (teste, info. Insuficiente etc)</i>	8			
TOTAL EAAAM	315			

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	<i>în construcție</i>

Monitorizarea anuală

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

Date generale despre EAAAM raportat

Descrierea EAAAM identificat	Consecința asupra pacientului	Tipul presupus al EAAAM	Data apariției	Data maximă pentru transmiterea raportului asupra cauzelor și a planului de măsuri	Data raportării către ANMCS
Un pacient de sex masculin, internat voluntar în sectorul de nevroze, din data de 01.03.2017, a fost găsit decedat prin stop cardiorespirator prin spanzurare în curtea spitalului, în zona de depozitare a deseurilor, de personalul spitalului.	Deces evitabil	Advers	07.03.2017	06.04.2017	Miercuri, 08 Martie 2017, 13:24

Cauzele apariției EAAAM sunt legate de:

Grupe de cauze	Cauza	Observatii suplimentare (obligatori pentru "ALTELE")
Nerespectarea procedurilor și/sau a altor reglementări referitoare la:	siguranța pacientului pe parcursul internării față de riscuri nemedicale (altele decât căderea)	Nerespectarea ROI și a fișei postului

EAAAM a afectat:

Unitatea sanitară	Prejudiciu de imagine
-------------------	-----------------------

PLANUL DE MĂSURI PROPUȘ SPRE IMPLEMENTARE

Măsuri propuse spre implementare	Responsabil implementare	Termen implementare
Modificarea Regulamentului de salon	Director Medical	30.04.2017
Identificarea punctelor similare de risc în curtea spitalului și blocarea accesului către acestea	Director Medical și Șef serviciu administrativ	30.04.2017
Îmbunătățirea comunicării între membrii personalului secției atât pe orizontală cât și pe verticală	Medic șef secție și asistentul șef	30.04.2017
Reinstruirea personalului și prelucrarea procedurilor de lucru	Medic șef secție și asistentul șef	30.04.2017