**MANUALUL CALITĂȚII ÎN**

**ÎNGRIJIRILE LA DOMICILIU**

1. **Detalii proiect PAL PLAN**

Proiectul este finanțat din fonduri europene prin programul operațional capacitate administrativă, implementat în perioada martie 2020 - februarie 2023 de către Ministerul Sănătății ca beneficiar, în parteneriat cu Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, Fundația Hospice Casa Speranței, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Scopul proiectului este de a produce studii, metodologii, instrumente de lucru, programe educaționale, proiecte pilot pentru creșterea capacității instituționale la nivel central, județean și local de a planifica, implementa si monitoriza servicii de calitate de îngrijiri paliative în unități cu paturi și ambulatorii precum si în vederea creșterii calității serviciilor de îngrijiri la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu.

**Obiectivul general:**

Proiectul vizează crearea și introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative (ÎP) și de îngrijiri generale la domiciliu (ÎD), în sensul îngrijirilor medicale și serviciilor de îngrijire personală (activități de bază ale vieții zilnice și activități instrumentale ale vieții zilnice), pentru asigurarea asistenței persoanelor suferind de boli cronice progresive sau incurabile și a celor cu grad ridicat de dependență.

**Obiectivele specifice ale proiectului:**

Dezvoltarea capacității autorităților publice centrale de a elabora politici publice bazate pe dovezi in vederea creșterii accesului la servicii de calitate.

* Dezvoltarea coordonată la nivel național și integrarea de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu în sistemul de sănătate. Proiectul propune integrarea serviciilor de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu în sistemul național de sănătate și susține crearea premiselor pentru ca îngrijirile paliative și îngrijirile la domiciliu să devină o alternativă pentru degrevarea spitalelor specializate în tratarea afecțiunilor acute, cu potențial de extindere la nivel național.
* Armonizarea și simplificarea reglementărilor legislative privind îngrijirile paliative și îngrijirile la domiciliu pentru creșterea accesului la servicii de calitate.

**Rezultate așteptate:**

* Rezultat proiect 1 – Un program național de dezvoltare graduală a îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu elaborat, bazat pe practici din țări cu sisteme de sănătate similare;
* Rezultat proiect 2 – O evaluarea ex-ante a impactului financiar al implementării unui program național de îngrijiri paliative în vederea stabilirii unei linii de buget distincte pentru finanțarea îngrijirilor paliative;
* Rezultat proiect 3 – Un program național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu;
* Rezultat proiect 4 – Un sistem național de evaluare a calității pentru serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijiri paliative în ambulatoriu și îngrijiri la domiciliu;
* Rezultat proiect 5 – O analiză și armonizarea cadrului legislativ, a mecanismelor de raportare și finanțare și a standardelor și procedurilor pentru îngrijirile paliative în diferite locații (unități cu paturi, ambulatorii, centre de zi, domiciliu) și a îngrijirilor la domiciliu între instituțiile publice implicate în proiect – Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate;
* Rezultat proiect 6 – Instruirea și formarea personalului de decizie și de execuție din cadrul autorităților centrale și locale vizând îngrijirile paliative și monitorizarea calității serviciilor în domeniul îngrijirilor paliative.

Pentru acest manual se vor lua în considerare reglementările juridice aplicabile pentru două tipuri diferite de servicii la domiciliu:

* îngrijirile medicale la domiciliu (ÎMD) - așa cum sunt acestea definite și reglementate prin Contractul cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
* îngrijirile de lungă durată la domiciliu (ÎLD) – așa cum sunt acestea definite și reglementate în legislația din domeniul asistenței sociale.

(Definiții ÎMD, ÎLD din cadrul legislativ actual)

**CUPRINS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1. | Detalii proiect PAL PLAN | 2 |
| 2. | Cuprins | 4 |
| 3. | Abrevieri | 6 |
| 4. | Îngrijirile la domiciliu | 7 |
| 4.1. | Definiții și organizarea îngrijirilor la domiciliu în UE | 7 |
| 4.2. | Istoria îngrijirilor la domiciliu | 8 |
| 4.3. | Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 | 10 |
| 4.3.1 | Sănătatea publică | 12 |
| 4.3.2 | Aria strategică de intervenție servicii de îngrijire de sănătate | 14 |
| 4.3.3 | Aria strategică de intervenție un sistem de sănătate inteligent și echitabil | 15 |
| 4.4. | Planul național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu | 20 |
| 5. | Tipuri de servicii de îngrijiri la domiciliu | 22 |
| 5.1. | Servicii sociale de îngrijiri la domiciliu | 22 |
| 5.2. | Servicii medicale de îngrijiri la domiciliu | 24 |
| 5.3. | Servicii de îngrijiri paliative la domiciliu | 25 |
| 5.4. | Servicii de îngrijiri de lungă durată la domiciliu | 30 |
| 5.5. | Îngrijirile informale la domiciliu | 36 |
| 5.6. | Ingrijirile la domiciliu pentru persoanele varstnice | 37 |
| 5.7. | Tipuri de unități / societăți ce pot acorda servicii de îngrijiri la domiciliu | 40 |
| 6. | Decontarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu | 41 |
| 6.1. | Decontarea serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu | 41 |
| 6.2. | Decontarea serviciilor sociale la domiciliu | 45 |
| 7. | Functionarea serviciilor de ingrijiri la domiciliu | 48 |
| 7.1. | Autorizare / acreditare furnizori de servicii medicale la domiciliu | 49 |
| 7.2. | Licențierea serviciilor sociale | 51 |
| 7.3. | Organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu | 52 |
| 8. | Calitatea serviciilor medicale | 53 |
| 8.1. | Scurt istoric al conceptului de calitate a serviciilor de sănătate | 53 |
| 8.2. | Managementul calitatii în sănătate | 57 |
| 8.2.1. | Context national | 61 |
| 8.2.1.1. | Cadrul de reglementare națională | 62 |
| 8.3. | Status și organizare | 63 |
| 8.4. | Siguranța acordării asistenței medicale, a pacientului și a personalului din unitatea sanitară | 63 |
| 8.5. | Satisfacția pacientului și aparținătorilor/ familiei, a personalului de îngrijire și asistență medicală | 64 |
| 8.6. | Obiectivele calității în acordarea serviciilor de sănătate | 66 |
| 8.7. | Obiectivele calitații în acordarea serviciilor de sănătate de îngrijiri la domiciliu | 66 |
| 9. | Acreditarea | 69 |
| 9.1. | Standarde de acreditare | 72 |
| 9.2. | Prezentarea și descrierea standardelor de acreditare  Îngrijiri Medicale la Domiciliu - prezentarea standardelor ANMCS | 76 |
| 9.3. | **REFERINȚA 1 – MANAGEMENTUL ORGANIZAȚIONAL** | 77 |
| 9.3.1. | Standard 1 - Dezvoltarea și managementul unității sanitare sunt reflectate în structura organizatorică, în managementul resursei umane și în managementul financiar | 77 |
| 9.3.2. | Standard 2 - Sistemul informațional este organizat pentru a răspunde sarcinilor de colectare, stocare temporară, prelucrare, arhivare și distrugere a datelor, din mediul intern și extern, necesare desfășurării activităților specifice unității sanitare precum și sarcinilor de comunicare internă și externă | 86 |
| 9.3.3. | Standard 3 - Unitatea sanitară se preocupă de îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului | 93 |
| 9.3.4. | Standard 4 - Modul de organizare a mediului de îngrijire asigură condițiile necesare furnizării asistenței medicale în funcție de structura și competențele asumate de către unitatea sanitară | 99 |
| 9.4. | **REFERINTA 2 – MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU** | 102 |
| 9.4.1. | Standard 1 - Preluarea în îngrijire a pacientului se face conform nevoilor acestora, a misiunii și a resurselor disponibile ale unității sanitare | 103 |
| 9.4.2. | Standard 2 -Evaluarea inițială la domiciliu, urmărește identificarea nevoilor pacientului și a factorilor care pot influența îngrijirile (mediul fizic, factori sociali, comportamentali și biologici), pentru a stabili posibilitatea preluării acestuia | 108 |
| 9.4.3. | Standard 3 - Unitatea sanitară abordează multidisciplinar, integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității îngrijirilor medicale | 111 |
| 9.4.4. | Standard 4 - Managementul medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului | 121 |
| 9.4.5. | Standard 5 - Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu | 123 |
| 9.4.6. | Standard 6 - Unitatea sanitară dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului | 127 |
| 9.4.7. | Standard 7 -Încetarea furnizării de servicii se organizează specific | 135 |
| 9.4.8. | Standard 8 - Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența îngrijirilor medicale la domiciliu acordate pacientului | 137 |
| 9.5. | **REFERINTA 3 – ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI** | 139 |
| 9.5.1. | Standard 1 - Unitatea sanitară promovează respectul pentru autonomia pacientului | 141 |
| 9.5.2. | Standard 2 - Unitatea sanitară respectă drepturile pacientului și principiul echității și justiției sociale | 146 |
| 9.5.3. | Standard 3 - Unitatea sanitară promovează principiile binefacerii și non vătămării | 148 |
|  | Bibliografie | 150 |

# 3. Abrevieri utilizate - Îngrijiri Medicale la Domiciliu

ANMCS – Autoritatea Națională de Management a Calității în Sănătate

ASF - Autorizație Sanitară de Funcționare

ANS – Asociația Națională de Nursing

CaPeSaRo - Aplicație informatică „Calitate și performanță în sistemul sănătății publice din România”

CNPV - Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice

CONAS – Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor

CE - Comisie de Evaluare

CMR – Colegiu Medicilor din România

CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

DSP - Direcția de Sănătate Publică

EAAAM - Eveniment Advers Asociat Asistenței Medicale

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group din S.U.A) – Scala de performanță ECOG

FAE - Fișă de Autoevaluare

FOIMD - Fișa de Observații Îngrijiri Medicale la Domiciliu

FNUASS - Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

GDPR - Regulament General de Protecția Datelor

HHA – Home Health Aide

IAAM - Infecții asociate asistenței medicale

ÎMD - Îngrijiri Medicale la Domiciliu

ÎLD – Îngijiri de lunga durată

ÎD – Îngrijiri la Domiciliu

MS – Ministerul sănătății

ME - Ministerul Educaţiei

MMSS – Ministerul Muncii și Solidaritatii Sociale

OECD – Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economica

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ONU – Organizația Națiunilor Unite

ONG- Organizatie neguvernamentală

PIB – Produs Intern Brut

PCA – Pacient Care Assistant

PRE – Proiect Raport de Evaluare

RE – Raport de Evaluare

PRA – Proiect Raport de Acreditare

RA – Raport de Acreditare

RI - Regulament Intern

ROF - Regulament de Organizare și Funcționare

RMC - Responsabil cu Managementul Calității

RPS - Rețeaua primară de suport

SMC - Structura de Management al Calității

UE – Uniunea Europeană

US - Unitate Sanitară / Unități Sanitare

USA - Unitate Sanitară din Ambulatoriu / Unități Sanitare din Ambulatoriu

UID – Unitate de Ingrijire la domiciliu

**4. Îngrijirile la domiciliu**

**4.1. Definiții și organizarea îngrijirilor la domiciliu în UE**

Îngrijirile medicale la domiciliu conform articolului 1 din **Ordinul 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu** sunt definite ca „orice activitate de îngrijire medicală sau conexă actului medical prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătăţirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic şi psihic”.

OMS afirmă că „Îngrijirea la domiciliu poate fi definită ca o gamă de servicii de asistență medicală și socială furnizate clienților în propria lor reședință. Astfel de servicii coordonate pot preveni, întârzia sau înlocuiesc îngrijirea instituțională temporară sau pe termen lung.

În baza documentelor OMS, a datelor oferite de departamentele de statistică din diferite ţări şi de instituţiile de gerontologie şi geriatrie, a anuarelor statistice, s-a efectuat analiza asistenţei medico-sociale a vârstnicilor în diferite ţări şi pronosticurile de finanţare a programelor sociale a acestor grupuri de populaţie. În ţările dezvoltate, unde procesul de îmbătrînire demografică a populaţiei s-a produs mai lent, numărul vârstnicilor în societate este destul de impunător şi speranţa de viaţă este mai înaltă. În aceste ţări statul deţine rolul principal în dirijarea activităţii verigilor infrastructurii de protecţie şi asistenţă a vârstnicilor.

Sectorul asistenţei sociale şi al ocrotirii sănătăţii constituie o unitate integrată bine definită şi organizată, caracterizată prin intercorelarea, interdirijarea şi cooperarea funcţiilor. Sunt adoptate şi implementate zeci de documente statutare de bază ale politicii vizând persoanele vârstnice, obiectivul primordial al căreia constă în asigurarea integrării depline a vârstnicilor în toate contextele şi sferele vieţii conform posibilităţilor, particularităţilor de vârstă, poziţiei sociale şi culturale. Sunt create fonduri speciale de rang naţional ce depun eforturi considerabile în soluţionarea problemelor persoanelor vârstnice.

Managementul serviciilor de asistenţă medico-socială pentru persoanele vârstnice, la nivel naţional în majoritatea ţărilor este administrat de structuri cu destinaţie specială şi responsabilitate în acest domeniu, create prin decrete legislative: în Spania de către Institutul Naţional al Serviciilor Sociale (creat în 1978), condus de consiliul general (39 de consilieri) în frunte cu Secretarul general pentru Securitate Socială; în Portugalia de către Secretariatul Naţional de Reabilitare; în Cipru de către Consiliul de Reabilitare şi acordare a serviciilor pentru îngrijire şi reabilitare. În Olanda activitatea ministerelor responsabile de elaborarea şi promovarea politicii privind persoanele vârstnice este coordonată de Comitetul de Dirijare Interdepartamentală; Germania, conform constituţiei, este un stat social bazat pe principii democratice şi politicile de susţinere medico-socială a vârstnicilor sunt construite ţinînd cont de drepturile acestora, stipulate în codul social; în Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord administrarea şi dirijarea politicii de asistenţă medico-socială a vârstnicilor este realizată la nivel guvernamental — modelul britanic de susţinere a vârstnicilor (în aspect financiar, social, medical etc.) a obţinut o apreciere internaţională; în Italia a fost realizată descentralizarea administrării serviciilor de asistenţă socială, susţinută prin decret prezidenţial, care prevăd responsabilitatea republicii de a asigura egalitatea, autonomia, integrarea socială (politică, economică) şi protecţia vârstnicilor; în Franţa, Olanda şi Belgia politicile de asistenţă medico-socială a vârstnicilor sunt trecute în subordonarea comunităţilor.

În concluzie, principiile de bază ale politicii de asistenţă medico-socială a persoanelor vârstnice în ţările economic dezvoltate ale Europei includ:

* integrarea vârstnicilor în societate (promovarea participării la viaţa socială, politică, obştească, culturală, economică, ştiinţifică etc.) şi lichidarea barierelor fizice şi sociale în realizarea acestui scop;
* promovarea măsurilor şi resurselor pentru asigurarea unei senescenţe decente;
* promovarea şi implementarea serviciilor pentru profilaxia îmbătrînirii precoce, asigurarea asistenţei şi reabilitării medicale; pentru studii şi cercetări în domeniul geriatriei şi gerontologiei, pentru optimizarea programelor educaţionale şi de instruire;
* dezinstituţionalizarea persoanelor vârstnice şi integrarea lor în familii;
* susţinerea şi amplificarea cooperării internaţionale.

O recentă apreciere din Regatul Unit al Marii Britanii evidenţiază că în afara părinţilor care au grijă de proprii copii, există 5,79 milioane de persoane implicate în ajutorul adulţilor: 1,7 dintre ei oferă servicii de sprijin cel puţin 20 de ore/săptămînă, 24% lucrează în acest domeniu de cel puţin 10 ani, iar 18% îngrijesc mai mult de o persoană. Dintre toţi cei care primesc îngrijiri, o minoritate, adică 41% au vizite periodice ale unui reprezentant al serviciilor de sănătate. Chiar şi mai puţini sunt în contact cu serviciile sociale: 22% dintre ei primesc primesc ajutor la domiciliu, 8% hrană şi doar 7% se întîlnesc lunar cu un asistent social.

In Suedia 20% dintre pensionari beneficiază de suport la domiciliu sau locuiesc în case speciale de deservire. 15% dintre aceştia sunt deserviţi la domiciliu, iar 5% locuiesc în case de deservire. Aceste 20% cuprind o populaţie de circa 240.700 persoane. Dintre acestea 178.800 persoane au o vârstă mai mare de 80 de ani. În total, aceste 15% care sunt deservite la domiciliu au primit 3.818.400 ore de asistenţă, 70% din fondurile bugetului municipal sunt alocate pentru îngrijirea persoanelor vârstnice.

În România, dezvoltarea palierelor de asistență medicală comunitară, îngrijiri de lungă durată, îngrijiri paliative și îngrijiri de reabilitare-recuperare este suboptimală, pe fondul insuficienței numerice și de calificare a resurselor umane și a unei infrastructurii neadecvate și/sau precare.

Deși în ultimii cinci ani cheltuielile totale cu serviciile de sănătate au crescut mai repede decât PIB nominal, România continuă să cheltuiască mai puțin decât majoritatea statelor membre din UE.

Nivelul acestora a crescut la 6% din PIB în anul 2020, din care aproximativ 80% provin din surse publice.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, segmente semnificative ale populației beneficiază de servicii de sănătate fără plata contribuției la asigurări de sănătate, deși realizează venituri din pensii sau salarii, ceea ce crează un deficit considerabil la fondul de asigurări sociale de sănătate (FNUASS). În condițiile în care există un raport negativ între numărul de plătitori de contribuții de sănătate la FNUASS și numărul de beneficiari efectiv de asigurare socială de sănătate, acesta devine vulnerabil la recesiunile economice

**4.2** **Istoria îngrijirilor la domiciliu**

Debutul ingrijirilor la domiciliu a fost facut de femeile bogate din statele din nord a Statelor Unite, acestea au facut voluntariat la familiile sarace pentru ai ajuta pe acestia sa depasesca boala si saracia, insa depasite de problemele patologiilor acestea au angajat asistente calificate pentru a-i ajuta la prevenirea bolilor si vindecarea lor. Aceste asistente au fost denumite “visiting nurses”, denumire luata din Anglia dupa modelul “district nurse”. (Buhler-Wilkerson, 2001)

În 1875 în Anglia a fost creată ANS pentru a acorda asistență medicală calificată persoanelor sărace. ANS a instruit, organizat si a creat practici standardizate pentru activitatea asistentelor de district, cele care acordau ingrijiri la domiciliu pacientilor. Pe lânga ingrijirile medicale acestea invățau populația despre cum se răspândesc bolile si îi educau cu noțiuni elementare despre curatenie pentru a preveni raspandirea infectiilor.

Aceste asociatii de ingrijiri la domiciliu au servit ca model societatilor de asistenta medicala inființate in nordul oraselor mari a Statelor Unite. Până în 1890 existau 21 de asociații de ingrijire la domiciliu. Însă nevoile de ingrijiri la domiciliu au crescut prin acordarea de servicii de ingrijire bebelușilor, copiilor, mamelor și pentru a îngriji pacienții cu boli infectioase precum tuberculoza. Acordarea acestor îngrijiri a dus la scaderea mortalitatii pentru bolile infecțioase dar a crescut preocuparea pentru a preveni si a creste igiena.

Metropolitan Life Insurance Company incapand cu 1909 a inceput sa deconteze ingrijirile medicale acordate de asistentele la casele asiguratilor, cu scopul scaderii valorii decontarilor in caz de deces.

Lilian Wald asistenta medicala a inființat Henry Street Settlement in New York City , inventând termenul de ”asistenta de sănătate publica ” pentru a descrie asistenții medicali a căror activitate este integrata in comunitatea publică. Lilian Wail a fost cea care a stabilit parteneriatul cu societatea de asigurările Metropolitan Life Insurance Company, care a devenit model pentru multe alte proiecte corporative. Ea a sugerat un plan național de asigurări de sănătate și a ajutat la înființarea Școlii de Nursing a Universității Columbia.

Asistentele care lucrau la Henry Street Settlement vizitau bolnavi la domiciliu și au oferit servicii sociale pentru oamenii din tot orașul. Pe lângă casa Henry Street Settlement, organizația avea numeroase case de îngrijire medicale în întreg orașul pentru a satisface nevoia tot mai mare de asistente medicale în cadrul comunităților. Aceste asistente au organizat cursuri pentru vecinii lor unde au preda tâmplărie, cusut, gătit, engleză și notiuni de îngrijire la domiciliu Au înființat grădinițe și diverse cluburi sociale pentru a răspunde nevoilor oamenilor din cartierelor lor. Până la pensionarea lui Lillian Wald, asistentele ei făceau 550.000 de vizite la domiciliu la 100.000 de pacienți (Buhler-Wilkerson).

La sfârșitul anilor 1920, multe dintre agențiile de îngrijire la domiciliu s-au închis din cauza crizei economice și a lipsei de asistență medicală din timpul celui de-al Doilea Război Mondial (Buhler-Wilkerson, 2001). Înființarea spitalelor a dus la un model în care pacienții au trecut de la îngrijirile de la domiciliu la ingrijiri acordate in spitale. În ciuda experimentelor efectuate de Planul de asigurări de sănătate din Greater New York și Blue Cross pentru a include servicii de îngrijire la domiciliu, acoperirea pentru îngrijirea la domiciliu nu era oferită în mod universal în acel moment. Totuși, spre sfârșitul anilor 1950 și începutul anilor 1960, a devenit clar că existată, din nou, o nevoie tot mai mare de servicii de îngrijire la domiciliu. Persoanele cu boli cronice nu au nevoie neapărat de spitalizare. Costul spitalizărilor a început să fie foarte mari, iar efectele spitalizarilor indelungate au inceput sa fie evidente si puse in valoare.

În 1965 în SUA a fost inființat Medicare – program federal de asigurări de sănătate pentru persoanele peste 65 ani, Medicare asigura finanțarea îngrijirilor la domiciliu și anumitor programe nationale (IRC si dizabilități)

Potrivit Departamentului de Sănătate și Servicii Umane din SUA, Centrele pentru Servicii Medicare și Medicaid (2010), pacienții care primesc servicii la domiciliu prin Medicare trebuie să fie sub îngrijirea unui medic care certifică nevoia de îngrijire medicală calificată, terapie fizică, vorbire, servicii de patologie lingvistică sau terapie ocupațională. Pacienții trebuie, de asemenea, să fie certificati de către medicii lor de a fi transportați la domiciliu. Aceasta înseamnă că fie este nesigur pentru pacienți să-și părăsească locuința, fie că au o afecțiune care face dificilă părăsirea locuinței. Medicare oferă îngrijire la domiciliu „intermitentă”, ceea ce înseamnă că îngrijirea la domiciliu nu este necesară cu normă întreagă. În timp ce Medicare va plăti adesea costul integral al majorității serviciilor de sănătate la domiciliu, ei nu plătesc pentru îngrijirea 24 de ore pe zi. Medicare poate acoperi, de asemenea, până la 80% din echipamentele speciale de care pacientul are nevoie, cum ar fi un scaun cu rotile sau un premergător (Departamentul de Sănătate și Servicii Umane din SUA, Centrele pentru Servicii Medicare și Medicaid).

Medicaid este un program comun de asigurări de sănătate de stat și federal. Acoperirea pacienților va varia de la stat la stat, iar statele îi pot numi diferit, cum ar fi „Medi-Cal” sau „Medical Assistance” (Departamentul de Sănătate și Servicii Umane din SUA, Centrele pentru Servicii Medicare și Medicaid, 2010). Medicaid oferă acoperire pentru pacienții și familiile cu venituri mici. Eligibilitatea pentru acest program depinde de venit, numărul de persoane dintr-o gospodărie și alte circumstanțe. Este important să rețineți că nu toată lumea este eligibilă pentru a primi Medicare sau Medicaid, iar serviciile de îngrijire la domiciliu pot să nu fie acoperite în întregime.

Agențiile care primesc rambursare prin Medicare sau Medicaid trebuie să îndeplinească anumite linii directoare, inclusiv cerința ca HHA-urile să primească formare oficială și să treacă examenele de certificare. Datorită nevoii tot mai mari de servicii de îngrijire la domiciliu și într-un efort de a reduce costurile programelor de asigurare, cum ar fi Medicare, nevoia de asistență medicală la domiciliu (HHA) și asistență de îngrijire personală (PCA) continuă să crească.

**4.3. Strategia Nationala De Sanatate 2023-2030**

„Pentru sănătate, impreună”

Strategia Națională de Sănătate 2023- 2030 (SNS) reprezintă angajamentul Ministerului Sănătății, ca autoritate centrală de elaborare și coordonare a politicilor de sănătate la nivel național, față de cetățenii României, în vederea îmbunătățirii speranței de viață sănătoasă și a calității vieții acestora. De asemenea, SNS oferă cetățenilor posibilitatea informării adecvate și a implicării active în deciziile referitoare la menținerea și îmbunătățirea propriei sănătăți. Aceasta continuă obiectivele strategiei anterioare și răspunde nevoilor de reforme structurale ale sectorului de sănătate. De asemenea, strategia constituie cadrul de politică strategic național pentru sănătate în temeiul căruia se va evalua modul de îndeplinire a condiției favorizante aplicabile domeniului sănătății solicitate de Comisia Europeană cu privire la dezvoltarea Acordului de Parteneriat și a programelor în România pentru perioada 2021 – 2027, precum și a recomandărilor de țară formulate de Comisia Europeană cu privire la sistemul de sănătate.

Abordarea comprehensivă a sănătății

Abordarea centrată pe cetățean este diferită de abordarea centrată pe pacient, deoarece ia în considerare faptul că înainte ca cetățenii să devină pacienți trebuie să fie informați și împuterniciți în promovarea și protejarea propriei sănătăți, precum și în asigurarea unui mediu de viață de calitate. Abordarea centrată pe cetățean necesită ca valorile, nevoile de sănătate, așteptările, preferințele, bunăstarea și starea de sănătate a tuturor membrilor societății să fie luate în considerare în mod echilibrat. În plus, conceptul centrat pe cetățean are o utilitate suplimentară prin faptul că îi cuprinde nu doar pe cei care solicită și au nevoie de sprijin pentru a obține o sănătate bună, ci și pe cei care furnizează serviciile și care conduc organizațiile și sistemele în cadrul cărora sunt furnizate serviciile de sănătate. Profesioniștii din domeniul sănătății, managerii serviciilor de sănătate, angajatorii, factorii de decizie în domeniul sănătății și politicienii sunt, de asemenea, cetățeni și au nevoi și așteptări de la sistemul de sănătate ca toți ceilalți membri ai populației generale. Ei pot deveni pacienți și fac parte din familiile și comunitățile pe care sistemul de sănătate este conceput să le servească. Nevoile acestora trebuie, de asemenea, luate în considerare și, de asemenea, ar trebui să fie împuterniciți să transforme și să conducă la îmbunătățiri ale calității și receptivității sistemului de sănătate.

Viziunea fiind ” O populatie mai sănătoasă și cu autonomie mai ridicată, cu o speranță de viață sănătoasă în creștere susținută și cu o calitate a vieții bună”

”pentru sînătate, îmreună”

Misiune ” Un sistem de sănătate responsiv, prietenos și transparent care oferă alegeri informate și servicii de calitate înaltă cetățenilor, posibilități de dezvoltare și motivație profesioniștilor în sănătate, asigura facilități sanitare sigure și primitoare, investiții adecvate în sănătatea populației și a comunitățiilor și își asumă rolul de lider în toate deciziile care privesc starea de sănătate”

În contextul analizei efectuate, diminuarea importanței acordate abordării din prespectivă populațională a sănătății și favorizarea aproape exclusivă a asistenței medicale curative, scăderea interesului pentru asigurarea rezervei de personal operativ ( medici și asistenți medicali) și a infrastructurii necesare în sectorul asistenței medicale de urgență în spital și prespital (SAJ/SABIF), precum și „contradicția” dintre ceea ce precizează actele normative și acțiunile implementate, raportul finanțării categoriilor de servicii menționate, distribuția resurselor umane specializate și mai ales uzitarea neadecvată a responsabilității individuale versus responsabilitatea statului referitoare la serviciile de prevenție/serviciile curative au condus în mare parte la situația de fapt, respectiv la un sistem de sănătate care nu reușește pună în concordanță investițiile cu rezultatele în starea de sănătate obținute

Probleme definite sunt:

-Speranta de viata în România este una din cele mai scăzute,

-Ratele mortalității evitabile prin prevenție si ale mortalitățăă prin cauze tratabile sunt printre cele mai ridicate din UE,

-Intervențiile de sănătate publică sunt limitate ca amploare și intensitate și dispun de resurse umane și infrastructură insuficiente, ceea ce generează rezultate puțin vizibile.

-Activitatea din asistența medicală primară este dominată de îngrijirea afecțiunilor acute și monitorizarea de bază a pacienților cronici. În schimb, serviciile de prevenție și monitorizare activă prin plan de management integrat a bolilor cronice cu prevalență ridicată reprezintă o mică parte din activitatea raportată a medicilor de familie

- Sectorul spitalicesc rămâne principala componentă a sistemului de sănătate, fiind caracterizat de ineficiența alocării și utilizării resurselor.

-Dezvoltarea palierelor de asistență medicală comunitară, îngrijiri de lungă durată, îngrijiri paliative și îngrijiri de reabilitare-recuperare este suboptimală, pe fondul insuficienței numerice și de calificare a resurselor umane și a unei infrastructurii neadecvate și/sau precare.

- În sistemul de asigurări sociale de sănătate, segmente semnificative ale populației beneficiază de servicii de sănătate fără plata contribuției la asigurări de sănătate, deși realizează venituri din pensii sau salarii, ceea ce crează un deficit considerabil la fondul de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)

- Starea infrastructurii publice de sănătate este necorespunzătoare, cu variații mari la nivel județean, regional și național, iar investițiile efectuate în ultimii ani au fost insuficiente pentru a o aduce la standarde adecvate de performanță.

- Sistemul public de cercetare-dezvoltare în sănătate are probleme de guvernanță, finanțare, și infrastructură precară, care au ca rezultat o eficiență și o productivitate scăzută a acestuia, cât și o capacitate suboptimală de translatare a rezultatelor cercetării în practică.

Strategia Națională de Sănătate 2023 – 2030 este constituită din trei arii strategice de intervenție care acoperă holistic protecția, promovarea sănătății și prevenția bolilor cetățenilor și a populației în ansamblu (sănătatea publică), furnizarea adecvată a serviciilor de îngrijiri de sănătate de calitate înaltă și a tehnologiilor medicale inovative, sigure și accesibile pacienților (servicii de sănătate) și funcționarea optimă și coordonată a tuturor componentelor sistemului de sănătate (sistem de sănătate inteligent, sustenabil și predictibil). Fiecare arie strategică este constituită din obiective generale (OG), obiective specifice (OS) și programe (direcții de acțiune – DA), iar măsurile (activitățile) sunt detaliate în planul de acțiuni, care este parte integrantă din strategie.

**4.3.1.Sanatatea Publica**

**OG.1**. **Asigurarea sustenabilității și a rezilienței sistemului de sănătate publică**

*Rezultate așteptate*

Un sistem de sănătate publică reconstruit pe principii solide, capabil să răspundă rapid, flexibil și adecvat provocărilor de sănătate publică prezente și viitoare, cu o reziliență crescută a sistemelor de supraveghere și monitorizare a principalelor probleme de sănătate publică, care investește constant în resurse umane suficiente numeric și ca pregătire, valorizează activitatea în echipă și utilizează adecvat sistemul informațional în sănătate și tehnologiile digitale în vederea interconectării, răspunsului rapid și coordonat la amenințări și a fundamentării politicilor de sănătate. O abordare intersectorială susținută a determinanților sociali ai stării de sănătate și a inechităților în starea de sănătate, care valorizează prioritar interacțiunea pro-activă a comunităților locale cu instituțiile și profesioniștii în sănătate publică, în vederea oferirii unor condiții mai bune de viață, muncă și interacțiune socială cetățenilor lor. Un sistem de sănătate publică care monitorizează și adresează adecvat și continuu riscurile la adresa sănătății prin implicarea pro-activă a cetățeanului în deciziile referitoare la starea de sănătate proprie și a comunității în care acesta trăiește printr-o informare și educație pentru sănătate adecvate, pe tot parcursul vieții acestuia și care abordează integrat și comprehensiv principalele intervenții preventive pentru boli transmisibile prioritare și afecțiuni cronice cu impact major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.

*Ținte 2030*

• Ministerul Sănătății își asumă rolul de partener interministerial pro-activ în coordonarea sănătății în toate politicile sectoriale cu celelalte instituții/autorități implicate.

• Sistem informațional integrat care furnizează date și informații valide și utile pentru documentarea politicilor de sănătate.

• Creșterea cu cel puțin 50% a resurselor umane în sănătate publică și diversificarea competențelor acestora.

• 1/5 din autoritățile publice locale sa aiba parteneriate cu DSP-urile pentru cooperare în vederea îmbunătățirii sănătății publice și a stării de sănătate a populației constituente

OS.1.1. Creșterea capacității instituționale și a rolului societal al sistemului de sănătate publică

OS.1.2. Abordarea integrată a determinanților sociali ai stării de sănătate și întărirea capacității programatice a principalelor intervenții de sănătate publică

OS.1.3. Întărirea capacității de supraveghere, răspuns rapid, adecvat și coordonat la amenințările sănătății publice

OS.1.4. Dezvoltarea capacității de asigurare a sănătății publice la nivelul comunităților locale în vederea diminuării inechităților în starea de sănătate

OS.1.5. Îmbunătățirea performanței sistemului național de securitate transfuzională

**OG.2. Creșterea numărului de ani de viață sănătoși și creșterea calității vieții**

*Rezultate așteptate*

O abordare comprehensivă și coordonată a educației pentru sănătate, învățării comportamentelor sănătoase, reducerii riscurilor comportamentale, care este acceptată și încorporată de întreaga societate și care este susținută instituțional și financiar pe termen lung de către decidenții politici de la toate nivelurile. Un pachet de intervenții preventive comprehensiv care adresează adecvat și sustenabil toate componentele prevenției (primordială, primară, secundară, terțiară, cuaternară), furnizat de echipe multidisciplinare și finanțat ca și intervenții prioritare în sănătatea publică și care se extinde constant la nivel teritorial, devenind accesibil întregii populații eligibile la nivel național. Furnizarea facilă de intervenții preventive specifice fiecărei grupe de vârstă, gen, grup vulnerabil sau dezavantajat, la momentul adecvat și cât mai aproape de domiciliul cetățeanului.

*Ținte 2030*

• Ministerul Sănătății își asumă rolul de partener interministerial pro-activ în coordonarea sănătății în toate politicile sectoriale cu celelalte instituții/autorități implicate.

• Sistem informațional integrat în sănătate care furnizează regulat rapoarte pentru documentarea politicilor de sănătate.

• Educația pentru sănătate, inclusiv pentru sănătatea oro-dentară, este inclusă în curricula școlară ca disciplină obligatorie.

• La minimum 75% din populația eligibilă de copii și adolescenți le-au fost furnizate intervenții de educație pentru sănătate, învățare de comportamente sănătoase.

• La minim 50% din populația eligibilă adultă le-au fost furnizate intervenții de educație pentru sănătate și intervenții de schimbarea comportamentelor la risc.

• La minim 50% din populația eligibilă le-au fost furnizate intervenții de depistare precoce/screening populațional pentru problemele majore de sănătate pentru care sunt dovezi (pentru fiecare tip de depistare precoce/screening).

• Scăderea sau menținerea incidenței respectiv scăderea mortalității evitabile pentru principalele probleme de sănătate publică cu impact major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, cu minimum 5% față de valorile înregistrate în 2022.

OS.2.1. Profesionalizarea educației pentru sănătate și a promovării sănătății

OS.2.2. Consolidarea prevenției prin evaluarea riscurilor pentru sănătate, screening și diagnosticare precoce, prevenirea bolilor pe parcursul vieții și controlul progresiei acestora

OS.2.3. Îmbunătățirea capacității de răspuns la provocările generate de schimbările demografice și tendințele epidemiologice în starea de sănătate, pe parcursul vieții

**OG.3. Reducerea mortalității și morbidității asociate bolilor transmisibile cu impact individual și societal major**

*Rezultate așteptate*

Strategii și planuri de acțiune specifice pentru fiecare din prioritățile identificate (vaccinare, IAAM, TBC, hepatite virale, HIV/SIDA și alte infecții cu transmitere sexuală) elaborate, aprobate, implementate și monitorizate. Program național de vaccinare elaborat și implementat conform activităților descrise în SNS, strategia specifică și planul de acțiuni specific. Program național de reducere și combatere IAAM elaborat și implementat conform activităților descrise în SNS, strategia specifică și planul de acțiuni specific. Inițiativa “One Health” implementată în concordanță cu recomandările OMS/CE. Management unitar și adecvat al rețelelor de furnizare de servicii specifice pentru TBC, hepatite virale, HIV/SID

A și alte infecții cu transmitere sexuală, cu interoperabilitate asigurată și care să conducă la reducerea stigmei asociate acestor afecțiuni, acces gratuit, facil și rapid la intervenții preventive, diagnostic, tratament corespunzător și monitorizare adecvată.

*Ținte 2030*

• Sistem informațional integrat în sănătate care furnizează regulat rapoarte pentru documentarea politicilor de sănătate.

• Acoperire vaccinală peste 90% la toate vaccinurile incluse în programul național de imunizare și 70% pentru vaccinarea grupelor la risc pentru bolile prevenibile prin vaccinare. • Echipe multidisciplinare de „stewardship” pentru controlul IAAM în fiecare spital.

• Declararea fără consecințe punitive a tuturor IAAM.

• Scăderea incidenței și a mortalității evitabile asociate principalelor boli transmisibile (TB, HIV/SIDA, HVB, HVC), cu minimum 5% față de valorile înregistrate în 2022.

OS.3.1. Reducerea poverii bolilor prevenibile prin vaccinare

OS.3.2. Controlul adecvat al rezistenței la antibiotice și al infecțiilor asociate actului medical

OS.3.3. Reducerea poverii asociate bolilor transmisibile prioritare

**4.3.2.Aria strategică de intervenție servicii de îngrijiri de sănătate**

OG.4. Îmbunătățirea disponibilității, accesului echitabil și în timp util la servicii de sănătate și tehnologii medicale sigure și cost-eficace

*Rezultate așteptate*

Comunități locale și cetățeni care beneficiază de o infrastructură de servicii integrate medico-sociale și de asistență medicală primară adecvată, diversificată și disponibilă constant cât mai aproape de domiciliul acestora. Echipe de asistență medicală primară coordonate de medicul de familie cu competențe diversificate care furnizează servicii medicale complete conform competențelor profesionale ale acestora, prioritizează furnizarea intervențiilor preventive, coordonează și integrează serviciile pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate, în special evitabilă, cu ajutorul instrumentelor digitale interoperabile și al serviciilor furnizate la distanță, într-o manieră simplificată administrativ și birocratic. Servicii ambulatorii de diagnostic, tratament și monitorizare, disponibile cât mai aproape de pacient, cu un orar extins, care reduc constant timpii de așteptare, deplasările inutile, serviciile și investigațiile redundante și limitează corespunzător serviciile de spitalizare evitabilă și serviciile de spitalizare de zi nejustificate din punct de vedere medical. Servicii ambulatorii care preiau cât mai rapid pacienții care au avut nevoie de spitalizare continuă și continuă coordonarea și integrarea îngrijirilor acordate acestora la nivele de asistență medicală de bază, în vederea reducerii reinternărilor, prevenirii complicațiilor și reducerii dizabilității asociate bolilor cronice invalidante. Servicii de spitalizare continuă raționalizate corespunzător, sigure, cost-eficace și de calitate înaltă, furnizate conform ghidurilor și protocoalelor de practică medicală, care pot fi măsurate și comparate transparent și obiectiv între furnizori, în funcție de competențele acestora și profilul pacienților externați. Servicii de îngrijiri de sănătate coordonate și integrate, cu monitorizarea constantă a timpilor de acces și a duratelor de timp dintre diferitele proceduri diagnostice, terapeutice și de monitorizare, a implementării ghidurilor și protocoalelor de practică medicală pe tot traseul de îngrijire a acestora și a indicatorilor raportați de către pacienți, pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate, în special evitabilă. Capacitate instituțională dezvoltată pentru evaluarea tehnologiilor medicale și instrumente de evaluare extinse la alte tehnologii/intervenții în afara medicamentelor, care fundamentează transparent opțiunile de rambursare, eficacitatea alocativă și satisfacția pacienților.

*Ținte 2030*

• Minim 50% din localitățile cu procent ridicat de populație dezavantajată/vulnerabilă au echipe de furnizori de servicii integrate medico-sociale funcționale.

• Minim 25% din localități au echipe de furnizori de servicii integrate medico-sociale funcționale. • Scăderea numărului de localități care nu au medic de familie cu cel puțin 20% față de 2022.

• Minim 33% din cabinetele de medicină de familie asigură managementul unei echipe comunitare care furnizează preponderent servicii preventive.

• Minim 33% din cabinetele de medicină de familie au o asistentă medicală angajată preponderent pentru furnizarea serviciilor preventive (copii/adulți/vârstnici), în plus față de structura existentă în 2022. • Medicii de familie finalizează diagnosticul, inițiază sau continuă tratamentul și monitorizează pacienții conform competențelor profesionale proprii.

• Ambulatorii de specialitate care oferă servicii cu program extins, pachete de servicii clinice și paraclinice în regim ambulator, consulturi interdisciplinare, programări, cu ajutorul instrumentelor digitale interoperabile și al serviciilor furnizate la distanță, într-o manieră simplificată administrativ și birocratic în fiecare oraș reședință de județ din România.

• Minim 75% din ambulatoriile din orașele reședință de județ din România oferă servicii de spitalizare de zi.

• Minim 25% din ambulatoriile din orașele reședință de județ din România oferă servicii de chirurgie de zi.

• 100% din laboratoarele de analize medicale au acreditare cu control extern de comparabilitate.

• 100% din laboratoarele de imagistică medicală furnizează rezultatele în format standardizat.

• Servicii de paliație instituționalizate disponibile în fiecare oraș reședință din România, servicii de paliație ambulatorie/domiciliu disponibile în minim 10% din localitățile fiecărui județ din România.

• Minim 30% reducere spitalizări evitabile comparativ cu 2022.

• Minim 50% transformare spitalizări de zi evitabile în servicii ambulatorii (consultații/investigații) comparativ cu 2022.

• Minim 20% reducere a episoadelor de spitalizare comparativ cu 2022.

• 75% complianță cu ghidul/protocolul de practică medicală, traseul clinic și timpii de acces, perioadele de timp dintre diagnostic, tratament și monitorizare pentru fiecare furnizor care oferă servicii de îngrijiri de sănătate pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate. • Minim 50% din furnizorii care oferă servicii de îngrijiri de sănătate pentru afecțiuni care necesită reabilitare precoce furnizează serviciile de reabilitare în mod adecvat.

• Minim 75% din pacienții externați din spital și 100% din pacienții cărora li s-au efectuat proceduri de chirurgie de zi beneficiază de servicii de management al externării și coordonarea îngrijirii ulterioare. • Medicamente esențiale disponibile constant și accesibile tuturor pacienților, în condiții de sustenabilitate bugetară.

• Minim 50% din tehnologiile medicale altele decât medicamentele sunt evaluate conform unei metodologii specifice de evaluare a tehnologiilor medicale.

• 90% din tehnologiile medicale sunt evaluate conform unei metodologii specifice de evaluare a tehnologiilor medicale într-o perioadă de timp prestabilită și care este adecvată

OS.4.1. Profesionalizare serviciilor de sănătate integrate la nivelul comunităților locale

OS.4.2. Redefinirea rolului și îmbunătățirea performanței asistenței medicale primare

OS.4.3. Creșterea performanței și eficientizarea capacității de diagnostic, tratament și monitorizare în ambulatoriu

OS.4.4. Dimensionarea adecvată, consolidarea, coordonarea și dezvoltarea sectorului spitalicesc pentru îngrijiri acute în vederea îmbunătățirii accesului, calității și performanței serviciilor oferite pacienților la nivel local, regional și național

OS.4.5. Îmbunătățirea, profesionalizarea și diversificarea structurilor de îngrijire post-acute

OS.4.6. Îmbunătățirea, profesionalizarea și diversificarea structurilor de îngrijiri de lungă durată (îngrijiri la domiciliu de lungă durată, centre de zi și îngrijiri instituționale de lungă durată)

OS.4.7. Creșterea performanței și eficientizarea sistemului de asistență medicală de urgență

OS.4.8. Optimizarea furnizării serviciilor de sănătate pentru probleme majore de sănătate publică

OS.4.9 Îmbunătățirea accesului adecvat la tehnologii medicale sigure și cost-eficace

OS.4.10. Asigurarea adecvată cu medicamente, în condiții de predictibilitate și sustenabilitate financiară pentru pacienți, bugetele publice, furnizori și producători

**4.3.3.Aria strategică de intervenție un sistem de sănătate inteligent și echitabil**

**OG.5. Guvernanța sistemului de sănătate**

*Rezultate așteptate*

Guvernanța sistemului de sănătate este solidă și rezilientă și este exercitată atât prin capacitatea instituțională înaltă a autorităților existente ale sistemului de sănătate, cât și prin dezvoltarea adecvată a unor instituții noi și a unor instrumente de obiectivare și prioritizare a politicilor de sănătate care răspund nevoilor actuale și viitoare ale acestuia, precum și așteptărilor populației referitoare la starea de sănătate. Direcțiile de acțiune și măsurile prevăzute la acest obiectiv general urmăresc asigurarea guvernanței sistemului de sănătate prin capacitate administrativă adecvată, parteneriate cu principalii actori publici și privați și un cadru coerent și transparent de politici publice bazate pe dovezi.

*Ținte 2030*

• Master-planuri și planuri regionale de sănătate funcționale.

• Instituții noi (ANDIS,) și existente (MS, CNAS, INSP, ANMDM, INMSS, DSP, CAS) cu capacitate instituțională dezvoltată corespunzător.

• Cadru instituțional de elaborare, prioritizare, implementare și evaluare a politicilor de sănătate bazat pe dovezi, predictibil și transparent.

• Parteneriate funcționale între Ministerul Sănătății și principalii actori guvernamentali locali și non-guvernamentali cu privire la elaborarea și implementarea măsurilor de reformă în sistemul de sănătate. • Programe naționale de sănătate concentrate asupra priorităților de sănătate publică, elaborate, implementate și evaluate obiectiv și transparent, cu impact evaluat si măsurat în starea de sănătate (scăderea mortalității evitabile, a dizabilității).

• Canale și campanii de comunicare diversificate și funcționale privind informații relevante pentru partenerii instituționali și pentru opinia publică.

OS.5.1. Creșterea capacității de guvernanță a autorităților din sistemul de sănătate

OS.5.2. Creșterea și profesionalizarea capacității de planificare și implementare a politicilor de sănătate

OS.5.3. Dezvoltarea și implementarea de instrumente de planificare și prioritizare a intervențiilor de sănătate publică și a serviciilor de sănătate

OS.5.4 Monitorizarea performanței sistemului de sănătate

**OG.6. Asigurarea sustenabilității și a rezilienței financiare a sistemului de sănătate**

*Rezultate așteptate*

Prin Strategie se urmărește dezvoltarea unui sistem de finanțare sustenabil, în perspectiva evoluțiilor economice, tehnologice și demografice, precum și rezilient, la șocurile provocate de crize epidemiologice și climatice, care să asigure resurse financiare suficiente, precum și mecanisme de alocare, contractare și plată cost-eficace, pentru realizarea obiectivelor sistemului de sănătate, referitoare la servicii medicale, resurse umane, informaționale și tehnologice necesare furnizării acestora etc., asigurând o protecție financiară adecvată categoriilor de populație vulnerabile.

*Ținte 2030*

• Veniturile Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate precum și resursele bugetare ale Ministerului Sănătății sunt predictibile, suficiente și alocate pe un orizont de timp multianual, potrivit nevoilor de cheltuieli generate de implementarea Planurilor Regionale de Servicii de Sănătate și a Masterplanurilor Regionale de Servicii de Sănătate.

• Toate categoriile sociale care realizează venituri sau primesc prestații sociale contribuie direct sau indirect, prin subvenții de la bugetul de stat, la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate. • Asigurările voluntare de sănătate dispun de un cadru de reglementare care să le permită dezvoltarea în concordanță cu interesele asiguraților și ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.

• Acoperirea universală a populației cu servicii de sănătate esențiale.

• Mecanisme de alocare a resurselor bugetare, de contractare și plată a serviciilor, medicamentelor și dispozitivelor medicale, adaptate și favorabile atingerii obiectivelor sistemului de sănătate.

• „Fondul pentru calitatea serviciilor medicale” înființat și funcțional.

• Cadru instituțional operațional și politică unitară de management al tarifelor pentru serviciile de sănătate finanțate din surse publice implementată.

• Finanțare consolidată și adaptată la costurile reale pentru serviciile medicale spitalicești și ambulatorii, precum și pentru intervențiile de sănătate publică.

OS.6.1 Creșterea veniturilor și diversificarea surselor de finanțare pentru sănătate, cu asigurarea protecției financiare a grupurilor vulnerabile

OS.6.2. Creșterea eficienței surselor publice de finanțare a serviciilor de sănătate

OS.6.3 Asigurarea accesului universal la servicii de sănătate finanțate din fonduri publice

OS.6.4 Prioritizarea și eficientizarea alocărilor bugetare în sănătate

OS.6.5 Dezvoltarea mecanismelor de contractare strategică a serviciilor de sănătate

OS.6.6 Mecanisme inovative de plată a serviciilor și profesioniștilor în sănătate

OS.6.7 Creșterea eficienței finanțării serviciilor medicale

**OG.7. Asigurarea unei resurse umane adecvate, retenția și profesionalizarea acesteia**

*Rezultate așteptate*

România va elabora și implementa o politică publică pentru resurse umane în domeniul sănătății, adaptată la necesitățile actuale și viitoare ale sistemului de sănătate și ale populației, precum și la evoluțiile internaționale relevante pentru țara noastră. Obiectivele acesteia vor fi aliniate cu cele prevăzute în Planul Național de Redresare și Reziliență și în Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2023-2030.

*Ținte 2030*

• Cadru instituțional și statistic funcțional pentru elaborarea de politici multianuale privind resursele umane în sistemul de sănătate, adaptate la nevoile de servicii estimate în documentele naționale și regionale de planificare.

• Resurse umane formate și perfecționate potrivit nevoilor identificate în Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate, în Planurile Regionale de Servicii de Sănătate și în Masterplanurile Regionale de Servicii de Sănătate.

• Capital uman îmbunătățit în autoritățile publice de sănătate, precum și în unitățile sanitare din toate palierele de asistență medicală.

• Reglementări care asigură flexibilitate în organizarea instituțională, angajarea, normarea și salarizarea personalului în unitățile sanitare publice.

OS.7.1. Elaborarea unei politicii publice integrate pentru resursele umane în sistemul de sănătate

OS.7.2 Asigurarea formării și perfecționării resurselor umane potrivit nevoilor sistemului de sănătate

OS.7.3 Îmbunătățirea managementului resurselor umane în sistemul de sănătate, în vederea creșterii performanței profesioniștilor în sănătate

**OG.8. Creșterea obiectivării, transparenței și responsabilizării sistemului de sănătate**

*Rezultate așteptate*

Strategia conține măsuri care vor contribui la creșterea calității și consistenței politicilor publice în sănătate, a eficacității serviciilor de sănătate, a eficienței cheltuielilor, a transparenței și a accesului la servicii prin îmbunătățirea managementului informațional, dezvoltarea infrastructurii IT&C, inclusiv a registrelor populaționale/de boală și a capacității de valorificare a datelor relevante din sistemul de sănătate. Va fi creat și implementat un cadru național pentru elaborarea și diseminarea instrumentelor de management clinic. CMR, CFR, CMDR, OAMGMAMR și alte organizații ai căror profesioniști furnizează servicii conexe serviciilor de sănătate, prin comisiile de specialitate ale acestora (care au reprezentativitate, legitimitate și autoritate profesională de necontestat), au un rol esențial în elaborarea și monitorizarea implementării instrumentelor de management clinic dezvoltate și actualizate regulat (ghiduri de intervenții în sănătatea publică/practică medicală, protocoale de intervenții în sănătatea publică/practică medicală, trasee și algoritmi clinici). Va fi elaborat și implementat un cadru național pentru monitorizarea, evaluarea, auditarea și consilierea furnizorilor de servicii de sănătate cu privire la calitatea serviciilor de sănătate prestate.

*Ținte 2030*

• Elaborarea și aprobarea unei politici naționale privind managementul informațiilor în sănătate. • Sistemul Informațional Integrat în domeniul Sănătății (SIIS) funcțional.

• Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate restructurată și extinsă (cu sistem de e-programări, e-trimiteri, instrumente de asistență la prescriere și diagnostic etc.).

• Dosar Electronic de Sănătate al pacientului funcțional

• Portal național de sănătate funcțional.

• SIIS colectează date de la furnizori privați vizând servicii medicale din afara sistemului de asigurări sociale de sănătate.

• Registre populaționale/de boală funcționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.

• Instrumente de management clinic și trasee clinice elaborate pentru problemele majore de sănătate publică și pentru alte afecțiuni cu impact major asupra calității vieții.

• Sistemul de guvernanță clinică implementat în cadrul unităților sanitare.

• Sistemul de monitorizare și evaluare a calității serviciilor de sănătate operațional.

OS.8.1. Restructurarea sistemului de management informațional al sistemului de sănătate prin modernizarea, creșterea robusteții, utilizarea digitalizării și a interoperabilității acestuia

OS.8.2. Dezvoltarea și implementarea de standarde pentru furnizarea serviciilor de sănătate și a intervențiilor de sănătate publică

OS.8.3. Creșterea capacității de monitorizare, auditare și feedback a serviciilor de sănătate și a intervențiilor de sănătate publică

**OG.9. Coordonarea îngrijirii și integrarea serviciilor de sănătate**

*Rezultate așteptate*

Strategia prevede direcții de acțiune și măsuri prin care intervențiile de sănătate publică și serviciile de îngrijiri de sănătate la nivel teritorial să fie planificate și organizate corespunzător, iar furnizarea acestora să fie realizată într-o manieră cost-eficace și sigură. Traseele pacienților pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă sunt dezvoltate, implementate, monitorizate și ajustate regulat, astfel încât intervențiile/serviciile furnizate să fie de o calitate înaltă și să conducă la rezultate pozitive în starea de sănătate. Reglementarea, constituirea, pilotarea și, ulterior, replicarea/implementarea rețelelor teritoriale funcționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.

*Ținte 2030*

• Planuri de intervenții în sănătatea publică și serviciile de îngrijiri de sănătate operaționale la nivel teritorial.

• Trasee clinice operaționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.

• Rețele teritoriale funcționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, care furnizează intervenții în sănătatea publică și serviciile de îngrijiri de sănătate coordonate și integrate.

• Rețele teritoriale de îngrijiri pentru urgențe medicale, inclusiv sindroame coronariene acute, accident vascular cerebral, politraumă, funcționale și care furnizează intervenții/servicii cu impact pozitiv în ameliorarea rezultatelor în starea de sănătate.

OS.9.1. Evaluarea nevoilor, a resurselor și planificarea serviciilor de sănătate la nivel național, regional și local

OS.9.2. Dezvoltarea și implementarea rețelelor de servicii de sănătate teritoriale pentru principalele probleme de sănătate publică

**OG.10. Integrarea adecvată a cercetării și inovării pentru îmbunătățirea stării de sănătate**

*Rezultate așteptate*

Cercetarea și inovarea pentru sănătate reprezintă una din ariile majore de cercetare la nivel European, dovada fiind sustenabilitatea acestei arii în toate ciclurile de finanțare ale Uniunii Europene inclusiv în cadrul actualului Program European de Cercetare și Inovare 2021-2027 care plasează sănătatea în cadrul celor patru domenii majore de interes alături de economia verde, digitalizare și incluziune. Cercetarea în sănătate este concentrată pe menținerea unei vieți sănătoase, active într-un mediu care promovează sănătatea, pe gestionarea adecvată a problemelor de sănătate și reducerea poverii problemelor de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, acces echitabil la intervenții de sănătate publică și servicii de îngrijiri de sănătate inovatoare și de calitate înaltă și instrumente, tehnologii și soluții digitale care facilitează furnizarea acestora.

*Ținte 2030*

• Cercetarea pentru dezvoltarea de tehnologii diagnostico-terapeutice inovative, instrumente diagnostice predictive, servicii de îngrijiri de sănătate de precizie, medicină personalizată, științe omice, tehnologii care cresc gradul de autonomie, inclusiv tehnologii digitale portabile, este finanțată și conduce la rezultate implementabile pentru îmbunătățirea stării de sănătate.

• Cercetarea aplicată în sănătate publică și servicii de sănătate este utilizată consecvent pentru elaborarea și îmbunătățirea continuă a politicilor de sănătate, în special pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, cum ar fi bolile cardiovasculare și cerebrovasculare, precum și cancerul.

OS.10.1. Creșterea capacității instituționale pentru cercetare fundamentală și aplicativă în domeniul sănătății

**OG.11. Îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate prin investiții în infrastructura de sănătate**

*Rezultate așteptate*

Asigurarea capacității de management, planificare și implementare a proiectelor de investiții care să îmbunătățească accesul la servicii medicale, să amelioreze calitatea acestora și siguranța pacienților și să contribuie la inversarea piramidei de servicii. Realizarea de parteneriate viabile între MS-ANDIS și unitățile administrativ-teritoriale pentru îmbunătățirea infrastructurii de sănătate aflate în proprietatea acestora. Îmbunătățirea infrastructurii și a dotărilor de echipamente la toate nivelurile de asistență medicală. Implementarea Planului național de investiții în infrastructura de sănătate, cu valorificarea surselor multiple de finanțare existente, respectiv PNRR, alte fonduri externe nerambursabile, bugetul de stat, bugetele locale și împrumuturi de la BIRD.

*Ținte 2030*

• Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate înființată și operațională.

• Planul național de investiții în infrastructura de sănătate elaborat și în curs de implementare.

• Sistem informațional funcțional pentru date privind infrastructura unităților sanitare publice și private, echipamentele de înaltă performanță și necesarul de investiții.

• Instrumente de sprijin pentru managementul investițiilor în sănătate elaborate și utilizate (programe de instruire, proiecte tehnice tip, metodologii, proceduri etc.).

• Set de criterii obiective de selecție și bugetare a investițiilor finanțate din bugetul Ministerului Sănătății aprobat și implementat.

• Reabilitarea, modernizarea și dotarea a 3.000 de (asocieri de) cabinete de asistență medicală primară. • Reabilitarea, modernizarea, extinderea, construcția, dotarea a cel puțin 50 de unități sanitare publice care furnizează asistență medicală ambulatorie.

• Construcția/modernizarea/extinderea a 200 de centre comunitare integrate.

• Trei spitale regionale de urgență operaționale.

• Rețea națională extinsă de tratament a urgențelor cardio- și cerebrovasculare, modernă și dotată. • Investiții în imobile noi, modernizarea sau extinderea imobilelor existente, dotări cu aparatură medicală și alte dotări funcționale în cel puțin 100 de unități sanitare publice.

• Laboratoarele din Sistemului Național de Laboratoare de Referință reabilitate/modernizate și dotate.

OS.11.1 Creșterea capacității administrative de planificare, finanțare, pregătire și implementare a investițiilor în infrastructura publică de sănătate

OS.11.2 Creșterea accesului și a calității serviciilor medicale prin continuarea investițiilor publice și private în infrastructura de sănătate

**4.4.Planul național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu**

Reprezintă dezvoltarea etapizată, respectiv o creștere în etape de 2, 4 și 6 ani a numărului de persoane îngrijite și a rețelei de servicii ID.

Creșterea graduală a numărului de persoane îngrijite va fi în strânsă conexiune cu dezvoltarea rețelei de furnizori de ID unde resursele financiare și umane sunt cheia dezvoltării acestor servicii.

Dezvoltarea serviciilor de ID la nivel național pornește de la niveluri inegale, ceea ce va determina asumarea unor abordări diferite între județe;

1. Prima categorie vor fi județele în care aceste servicii sunt dezvoltate și in care planificarea va însemna o creștere ușoară a numărului de beneficiari și o consolidare a serviciilor care există deja.

2. A doua categorie vor fi județele în care dezvoltarea acestor servicii există în mică măsură.

3. La polul opus sunt județe care nu au servicii de îngrijire și care ar putea avea o evoluție pornind, practic, de la zero, de la proiecte pilot atât în mediul urban cât și în comunitățile rurale.

Astfel, implementarea Planului Național de dezvoltare graduală a ID va implica stabilirea oportunităților de înființare de noi servicii de ID pe baza unui algoritm de selecție a județelor având la bază criterii precum: gradul de acoperire a nevoii de ID în județ, resursa umană disponibilă, interesul AAPL-urilor de a susține financiar unitățile de îngrijire la domiciliu, etc.

Dezvoltarea graduală a serviciilor de ID va fi realizată inițial în toate județele unde există preocupare pentru acest tip de servicii, urmând ca modelul să fie extins la nivelul următoarelor județe, în ordinea capacității administrative și financiare a AAPL-urilor, cu prioritate în zonele rurale izolate.

Obiectivul este ca, după implementarea Programului national de ID, să existe acces rezonabil la serviciile de ID în toate județele.

**Obiectiv specific 1** - Dezvoltarea unui sistem integrat al serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu

*Direcția de acțiune 1.1*.: Elaborarea cadrului legislativ care să asigure crearea infrastructurii centrale și locale a sistemului de servicii socio-medicale de îngrijire de lungă durată la domiciliu (ILDD)

*Măsura 1.1.1* : Definirea conceptului de îngrijire la domiciliu din perspectivă comună, integrată între Ministerul Sănătății și MMSS;

*Măsura 1.1.2* : Aprobarea unei grile comune de evaluare a dependenței (intre MS și MMSS) ca element de bază privind accesul în sistemul de îngrijire și traseului pacientului/beneficiarului eligibil pentru intrarea în sistemul de servicii de îngrijire

*Măsura 1.1.3* : Stabilirea unor protocoale de comunicare și colaborare între instituțiile medicale și sociale privind traseul pacientului/beneficiarului eligibil pentru intrarea în sistemul de servicii de îngrijire

*Direcția de acțiune 1.2* : Planificarea dezvoltării serviciilor de ID / definirea planurilor individuale de servicii și definirea necesarului de servicii de îngrijire pe termen lung la domiciliu, realizând prognoze privind cererea de servicii de ID

*Măsura 1.2.1* : Implementarea legislației ( art.12 alin (2) din LG 17/2000 și art 119 alin.(1) din Lg 292/2011) privind identificarea cazurilor cu grad ridicat de dependență pentru dezvoltarea unei baze de date actualizată constant (registru) cu persoanele care necesită și se încadrează în criteriile de accesare a serviciilor integrate medico-sociale la nivelul fiecărei autorități publice locale. \*4)

*Măsura 1.2.2* : Dezvoltarea mecanismelor de cooperare socio-medicală la nivelul fiecărui județ între autoritățile administrațiilor publice locale și furnizori de servicii de ingrijiri de lungă durată la domiciliu - transfer din registrul pentru persoanele care necesita asistență sociala către furnizori

*Măsura 1.2.3* : Creșterea/facilitarea accesibilității pacienților la servicii de îngrijiri la domiciliu, prin reducerea birocrației și digitalizarea procesului de transfer din serviciile de internare către comunitate.

**Obiectiv specific 2** : Asigurarea finanțării durabile și suficiente a serviciilor de ID

Direcția de acțiune 2.1 : Revizuirea cadrului legislativ privind condițiile de finanțare a asistenței medicale si sociale la domiciliu

*Măsura 2.1.1* : Modificarea Contractului Cadru si a normelor sale metodologice de aplicare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vederea creșterii accesului la servicii de îngrijiri la domiciliu.

*Măsura 2.1.2* : Creșterea predictibiltății financiare prin inființarea unui Fond cu destinație specială pentru îngrijiri de lungă durată la domiciliu (FILDD) care va fi alimentat prin redirecționarea a 0.01% din fiecare CAS colectat

*Măsura 2.1.3* : Dezvoltarea metodologiei de finanțare pentru rețeaua primară de suport (RPS) (rude de gradul intâi, tutore legal, aparaținători cu alte grade de rudenie, vecini), îngrijitorii informali respectiv asigurarea surselor mixte de finațtare din bugetul local și bugetul central.

*Măsura 2.2.2* : Creșterea ponderii progresiv cu minim 2% anual, pornind de la nivelul execuției bugetare precedente a sumelor alocate pentru ID în bugetele administrațiilor publice locale de la nivel județean și local.

*Măsura 2.2.3* : Finanțarea din surse alternative la bugetul de stat, prin constituirea unor pachete dedicate ILDD care pot fi contractate voluntar de către fiecare persoană și administrată similar pachetelor de asigurări private de sănătate sau prin includerea în cadrul unor pachete deja existente.

*Măsura 2.2.4* : Programe de finanțare a unor măsuri și acțiuni comune ale MS și MMSS în scopul acoperirii altor nevoi de îngrijiri de lungă durată a persoanelor dependente.

**Obiectiv specific 3** : Implementarea sustenabilă a campaniilor de informare/educare/conștientizare pentru promovarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu

*Direcția de acțiune 3.1*.: Realizarea periodică a unor acțiuni de sensibilizare a comunității privind promovarea prevenirii instituționalizării persoanelor în nevoie de ID

*Măsura 3.1.1*. : Mediatizarea spot-urilor și a clipului video produs în cadrul PalPlan în scopul conștientizării populației pentru accesarea serviciilor de ID

*Măsura 3.1.2*. : Asigurarea informării populației cu privire la furnizorii de ID de către autoritățile adminsitrației publice centrale și locale.

*Măsura 3.1.3.* Informarea populației prin asigurarea accesului la informațiile disponibile pe site-urile instituțiilor publice centrale ( MS- lista furnizorilor, harta furnizori de îngrijiri la domiciliu, CNAS - ghidul si pachetul asiguratului , MMSS- Registrul Electronic Unic al Serviciilor Sociale)

**Obiectiv specific 4** : Asigurarea resurselor umane necesare în sistemul integrat al serviciilor de ID

*Direcția de acțiune 4.1* : Formarea unui corp specializat al resurselor umane necesare dezvoltării serviciilor de ID

*Măsura 4.1.1* : Dezvoltarea unui Program național de pregătire a resurselor umane necesare furnizării de servicii de ID prin stimularea revenirii în țară a personalului care lucrează în alte țări ca îngrijitori la domiciliu

*Măsura 4.1.2* : Dezvoltarea unui Program național de pregătire a resurselor umane necesare furnizării de servicii de ID prin calificare sau reconversie profesională

*Măsura 4.1.3*. Dezvoltarea și diversificarea programelor de instruire inițială și continuă, pentru îngrijitorii informali și voluntari

*Măsura 4.1.4*. Diseminarea către rețeaua primară de suport (îngrijitorii informali) a materialelor de instruire inițială și continuă cu ajutorul echipelor de profesioniști ai furnizorilor de îngrijire la domiciliu

Direcția de acțiune 4.2.: Acțiuni financiare în vederea atragerii de resursă umană spre serviciile de ID

*Măsura 4.2.1*. : Identificarea și implementarea de acțiuni sustenabile de atragere a resurselor umane necesare în sectorul de ID (sprijin pentru decontarea transportului, chiriei și / sau alte facilități) de către AAPL-uri și alte persoane juridice publice sau private interesate

*Măsura 4.2.2*. : Elaborarea mecanismelor de plată a serviciilor prestate de îngrijitorii informali din fondul nou înființat pentru ILDD, pentru a face munca acestora atractivă, vizibilă și responsabilă.

**Obiectiv specific 5**: Îmbunătățirea fluxurilor informaționale prin elaborarea unui material informativ standardizat în vederea diseminării de informații pertinente și uniforme la nivelul întregii țări.

Direcția de acțiune: creșterea și asigurarea accesului la informații privind îngrijirea de lungă durată la domiciliu din surse documentate și sigure.

*Măsura 5.1.1*. : Elaborarea Ghidului serviciilor de îngrijiri la domiciliu - pentru furnizori, finanțatori și beneficiari în cadrul procesului de furnizare a serviciilor de ILDD.

*Măsura 5.1.2* : Diseminarea Ghidului serviciilor de ingrijiri la domiciliu către toate părțile interesate.

**5. Tipuri de servicii de ingrijiri la domiciliu**

* Servicii sociale de îngrijiri la domiciliu;
* Servicii medicale de îngrijire la domiciliu;
* Servicii de îngrijire paleativă la domiciliu;
* Servicii de îngrijire de lunga durata la domiciliu;
* Îngrijirile informale la domiciliu;
* Îngrijiri la domiciliu acordate vârsnicilor;
* Unitați medicale/ societați care pot acorda ÎD.

**5.1 Servicii sociale de îngrijiri la domiciliu**

Serviciile sociale de îngrijire la domiciliu sunt servicii oferite pentru îndeplinirea activităţilor uzuale ale vieţii zilnice si priveşte două categorii de activităţi:

a) activităţi pentru asigurarea unor nevoi de bază ale vieţii zilnice - în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare şi dezbrăcare, hrănire şi hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer şi mobilizare, deplasare în interior, comunicare;

b) activităţi instrumentale ale vieţii zilnice - în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activităţi de menaj şi spălătorie, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor, acompaniere şi socializare.

În România sunt utilizate în prezent două grile de evaluare pentru identificarea gradului de dependență și a nevoilor de îngrijire la domiciliu.

**Ce sunt serviciile sociale**

Serviciile sociale reprezintă activitatea sau ansamblul de activităţi realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum şi celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depăşirii situaţiilor de dificultate, prevenirii şi combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale şi creşterii calităţii vieţii.

**Beneficiarii serviciilor sociale**

Beneficiază de servicii sociale toți cetăţenii români care se află pe teritoriul României, au domiciliul sau reşedinţa în România, cetăţenii statelor membre ale UE, ai Spaţiului Economic European şi cetăţenii Confederaţiei Elveţiene, precum şi străinii şi apatrizii care au domiciliul sau reşedinţa în România, aflați în situaţii de dificultate.

După categoriile de beneficiari, serviciile sociale pot fi clasificate în:

* servicii sociale destinate copilului şi/sau familiei;
* servicii sociale destinate persoanelor cu dizabilităţi;
* servicii sociale destinate persoanelor vârstnice;
* servicii sociale destinate victimelor violenţei în familie;
* servicii sociale destinate persoanelor fără adăpost;
* servicii sociale destinate persoanelor cu diferite adicţii, respectiv consum de alcool, droguri, alte substanţe toxice, internet, jocuri de noroc etc.;
* servicii sociale destinate victimelor traficului de persoane;
* servicii sociale destinate persoanelor private de libertate, persoanelor sancţionate cu măsură educativă sau pedeapsă neprivativă de libertate aflate în supravegherea serviciilor de probaţiune etc.

**Cine furnizează servicii sociale**

Principalul furnizor public de servicii sociale este autoritatea administrației publice locale prin serviciul public de asistență socială.

Furnizorii privați pot fi: organizații neguvernamentale, culte recunoscute de lege, persoane fizice autorizate, operatori economici cu scop lucrativ.

Pentru a acorda servicii sociale pe teritoriul României, furnizorii de servicii sociale, indiferent de forma lor juridică, trebuie acreditaţi în condiţiile legii.

Serviciile sociale pot funcţiona pe teritoriul României numai dacă dețin licență de funcționare.

Sprijinul de asistență socială se referă la sprijinirea oamenilor pentru a trăi independent, pentru a fi cetățeni activi, pentru a participa și contribui în dezvoltarea societății și pentru a-și păstra demnitatea.

Serviciile sociale de îngrijire la domiciliu sprijină oamenii să rămână acasă sau într-un cadru familiar cu independență maximă, cât mai mult timp posibil.

HG nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale

Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a serviciului social furnizat la domiciliu menționează că beneficiarii serviciului pot fi: persoane dependente care, ca urmare a pierderii autonomiei funcționale din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ pentru a realiza activitățile uzuale ale vieții de zi cu zi, precum și copiii separați temporar sau definitiv de părinții lor pentru care s-a stabilit, în condițiile legii, plasamentul la rude/familii/persoane, precum și la asistentul maternal profesionist.

Potrivit art. 31 alin. (2) din Legea nr. 292/2011, cu modificările ulterioare, situația de dependență este o consecință a bolii, traumei și dizabilității și poate fi exacerbată de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate. Gradul de dependență se stabilește potrivit legii.

Potrivit art. 32 din Legea nr. 292/2011, cu modificările ulterioare, ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de activități:

1. activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
2. activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare.

**5.2 Serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu**

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu reprezintă activități de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic și care se acordă pentru o perioadă de cel mult 60 zile calendaristice pacientului cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării serviciilor medicale în regim ambulatoriu:

- normele privind organizarea și funcționarea îngrijirilor medicale la domiciliu, precum si autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății (ORDIN MS Nr. 2520/2022 din 29 august 2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu).

- evaluarea eligibilității cazurilor și a gradului de complexitate a acestora se realizează conform statusului de performanță ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) , în baza unei recomandări, conform Normelor metodologice de aplicare începând de la data de 1 Iulie 2023 a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate .

Serviciile de ÎMD reprezintă activități de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic și se poate acorda 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni pacienților cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării serviciilor medicale în regim ambulatoriu.

Nivelul cu cea mai mare interacțiune în cadrul serviciilor de sănătate (atât din perspectiva relației cu pacienții, cât și din perspectiva utilizării instrumentelor de lucru ale managementului calității), este cel al personalului medical mediu și al celui de îngrijire. Aceștia, în cadrul programelor lor de pregătire specifică, vor trebui să aibă o pregătire și în domeniul calității în sănătate, prin cursuri dedicate acestui subiect.

Normele privind organizarea și funcționarea îngrijirilor medicale la domiciliu, precum si autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății (Ordin MS Nr. 2520/2022 din 29 august 2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu).

Evaluarea eligibilității cazurilor și a gradului de complexitate a acestora se realizează conform statusului de performanță ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), in baza unei recomandari, conform Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

**5.3 Servicii de îngrijiri paliative la domiciliu**

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu (IPD) reprezintă un tip de îngrijire oferită la domiciliul sau la locația indicată de persoana beneficiară, care combină intervenţii şi tratamente având ca scop îmbunătăţirea calităţii vieţii pacienţilor şi familiilor acestora, pentru a face faţă problemelor asociate cu o boala cronică progresivă ameninţătoare de viaţă, prin prevenirea şi înlăturarea suferinţei, prin identificarea precoce, evaluarea corectă şi tratamentul durerii şi al altor probleme fizice, psiho-sociale şi spirituale;

Abordarea este de tip holistic si este asigurată de către o echipă interdisciplinară formată din profesioniști specializați în îngrijiri paliative (având o componență minimă obligatorie: medic, asistent medical, kinetoterapeut, psiholog) care au libertatea de a decide să efectueze intervențiile în cadrul episoadelor de îngrijire împreună sau în mod separat / individual (un singur profesionist per episod de îngrijire la un pacient), astfel încât să răspundă în mod adecvat nevoilor pacientului;

*Descriere:*

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt următoarele – descrise in mod minimal (descrise complet in Anexa 30 B din „Ordin nr. 1857/441/2023 din 31 Mai 2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate” cu aplicare de la 1 Iulie 2023), menționându-se și profesioniștii care pot efectua respectivele manevre / intervenții). Prin mențiunea „se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare” nu se ințelege necesitatea prezenței simultane a tuturor membrilor echipei pentru efectuarea respectivei manevre, ci faptul ca acea manevră poate fi efectuată în mod individual de către oricare dintre profesioniștii echipei.

- Consultaţie, care poate cuprinde: Evaluare holistică şi examen clinic pe aparate, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, susţinerea pacientului şi familiei pentru luarea deciziilor terapeutice şi de îngrijire, prescrierea medicaţiei, consilierea psiho - emoţională de bază a pacientului şi familiei - se efectuează numai de către medic;

- Aplicarea de algoritmi/protocoale specifice de comunicare (Comunicarea prognosticului şi/sau diagnosticului, înlăturarea blocajului în comunicare impus de familie) - se efectuează numai de către medic;

- Elaborarea planului interdisciplinar de tratament şi îngrijire - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare;

- Aplicarea scalelor specifice (ex: SAV, BPI modificat, ESAS modificat, MMSE, instrumente standardizate de evaluare a anxietăţii, depresiei, delirului etc.) - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare;

- Evaluarea statusului funcţional şi a capacităţii de autoîngrijire pe baza scalelor specifice (ex: PPS, KARNOFSKY, ECOG, Barthel) - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare;

- Activităţi de suport: Recomandarea de investigaţii clinice sau pentru internare, concediu medical, certificat medical constatator al decesului - se efectuează numai de către medic;

- Aplicarea şi monitorizarea tratamentului farmacologic pentru managementul simptomelor (fatigabilitate, dispnee, anorexie, greaţă, vărsături, constipaţie, insomnie, delir, anxietate, depresie etc.) şi/sau a durerii somatice/viscerale/ neuropatice - se efectuează de către medic şi asistentul medical;

- Efectuarea de manevre diagnostice şi terapeutice (montare sondă urinară, paracenteză evacuatorie, debridarea escarelor) - se efectuează numai de către medic;

- Recoltarea de produse biologice şi patologice - se efectuează de către medic şi asistentul medical;

- Monitorizarea pacientului pentru eficienţa intervenţiilor, educarea pacientului şi familiei pentru aplicarea planului de îngrijire - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare;

- Educarea şi informarea pacientului pentru auto-îngrijire - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare;

- Îngrijire terminală - se efectuează de către medic, asistentul medical şi psiholog;

- Monitorizarea pacientului (funcţii vitale, vegetative); Îngrijirea escarelor / stomelor / tumorilor exulcerate / pansamente - se efectuează de către medic şi asistentul medical;

- Montarea şi îngrijirea sondei urinare - se efectuează de către medic şi asistentul medical;

- Montare dispozitiv subcutanat de administrare a medicaţiei - se efectuează de către medic şi asistentul medical;

- Mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor şi menţinerea autonomiei funcţionale a pacientului - se efectuează de asistentul medical şi kinetoterapeut;

- Aplicarea de metode nefarmacologice de tratament al simptomelor - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare;

- Evaluare psihologică specializată - se efectuează de către psiholog;

- Consiliere psihologică specializată a pacientului şi familiei - se efectuează de către psiholog;

- Psihoterapie individuală - se efectuează de către psiholog;

- Elaborarea planului de kinetoterapie cu reevaluare funcţională periodică a pacientului - se efectuează de către fizioterapeut;

- Kinetoterapie pediatrică (metoda Bobath, metoda Kabath, ADL) - se efectuează de către fizioterapeut;

- Kinetoterapie respiratorie (managementul secreţiilor: tapotaj, gimnastică respiratorie, posturare) - se efectuează de către fizioterapeut;

- Kinetoterapie profilactică - se efectuează de către fizioterapeut;

- Aplicare benzi kinesiologice - se efectuează de către fizioterapeut;

- Kinetoterapie în boli oncologice şi boli asociate (exerciţii, tehnici, manevre specifice, posturări) - se efectuează de către fizioterapeut.

Piața serviciilor de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu este slab dezvoltată, existând un număr relativ mic de firme care desfășoară aceste servicii, a constat Consiliul Concurenţei în cadrul unei analize derulate pe această piaţă.

Serviciile de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu au ca obiectiv să răspundă dorinței pacienților de a fi îngrijiți în mediul familial, degrevând astfel spitalele de cazurile ce pot fi tratate la domiciliu şi reducând semnificativ costurile serviciilor medicale. Rolul serviciilor de îngrijire la domiciliu este de a contribui la externarea mai rapidă a bolnavilor din spitale și de a preveni internările şi reinternările.

„Există un potențial ridicat de dezvoltare al acestei pieţe, având în vedere că serviciile de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu sunt indispensabile pentru pacienți, și ca urmare, structura și mărimea pieței se pot modifica de la un an la altul, în funcție de finanțarea din FNUASS, prin CAS şi de intrările capitalului privat în acest sector”, a declarat președintele Consilului Concurenței.

Deşi în ultimele decenii România se confruntă cu o creștere a numărului de bolnavi care au nevoie de aceste servicii, procentul celor care beneficiază de îngrijiri medicale / paliative la domiciliu este foarte mic.

Comparând nevoia estimată de îngrijiri paliative la nivel de țară cu numărul total de pacienți (oncologici şi non-oncologici) asistați în serviciile menționate, există o acoperire generală de 7,9 %.

În prezent, îngrijirile paliative la domiciliu sunt acordate aproape exclusiv de furnizori privați: servicii gratuite în regim de caritate prin asociații şi fundații, sau servicii cu plata / co-plata prin furnizori de tip SRL sau SA. Exista un singur spital în România (Spitalul Județean Slobozia) care şi-a înființat un serviciu propriu de îngrijiri la domiciliu, deși legislația ar permite dezvoltarea de astfel de servicii pentru bolnavii externați.

În acelaşi timp, serviciile în regim de plată/co-plată sunt mai numeroase decât cele gratuite. De exemplu, în municipiul București, la începutul anului 2018 în contract Casa de Asigurări de Sănătate București erau 43 furnizori de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu (4 fără-profit, 39 cu-profit), în județul Brașov raportul a fost de 4/1.

De asemenea, în anul 2017, serviciile publice de îngrijiri paliative erau prestate doar în județele Bihor, Brașov, Maramureș, Giurgiu şi în Municipiul București, sumele alocate şi decontate pentru această piață fiind extrem de mici, chiar şi în comparație cu piața îngrijirilor medicale la domiciliu (aprox. 0,46%). În 37 de județe nu au fost alocate și decontate sume pentru prestarea acestor servicii.

Cu toate acestea, numărul furnizorilor privați de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu este foarte mic din cauza sumelor insuficiente alocate pentru aceste servicii la nivel judeţean şi, ca urmare, nu există motivaţie de a intra pe aceste pieţe.

Un pacient cronic, imobilizat la pat sau un bolnav de cancer au de cele mai multe ori nevoie de un timp mai îndelungat de îngrijire. Costul îngrijirii nu poate fi acoperit de către pacient, iar CAS, în cele mai multe cazuri, nu poate acoperi nici măcar cele 3 luni, din cauza fondurilor insuficiente.

Conform OMS 1857 din 30 mai 2023 tariful pe caz pentru un episod de îngrijiri paliative la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 204 lei (pentru mediul urban), respectiv 214 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 224 de lei (pentru mediul rural – peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 233 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 243 de lei (pentru mediul rural – peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 253 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire, precum şi costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu. Prin o zi de îngrijiri paliative la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat. Timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani. Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile de îngrijiri.

Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În cazul în care, conform nevoilor identificate de echipa multidisciplinară şi consemnate în planul de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale..

Costul real zi/pacient în îngrijiri medicale la domiciliu depinde de cheltuieli privind deplasarea la domiciliul pacientului, numărul de deplasări la domiciliul pacientului - numărul de persoane specializate care se deplasează la domiciliul pacientului, - problemele medicale ale pacientului, cantitatea şi felul materialelor sanitare. Astfel, tariful maximal pe zi de îngrijire, raportat la nevoi și dimensiunea actuală a pieţei, de cele mai multe ori, este neacoperitor, iar metodologia de calcul a tarifului nu reflectă costurile furnizorilor de servicii.

În cadrul analizei, Consiliul Concurenţei a constatat că există situaţii în care este îngrădit dreptul pacientului la servicii în timp util, anumite dosare nefiind soluționate prin emiterea deciziei pentru îngrijiri medicale/paliative la domiciliu, din cauza epuizării fondurilor aprobate pentru această destinație.

Situațiile în care un bolnav încheie un contract în mod direct cu un furnizor privat de servicii de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu sunt rare deoarece costurile nu pot fi acoperite de către pacienți, aceștia fiind în general pensionari cu venituri foarte mici. În același timp, persoanele neasigurate nu au acces la îngrijiri medicale/paliative la domiciliu, pachetul minimal de servicii medicale neacoperind și aceste servicii.

Cea mai mare parte dintre pacienții care au nevoie de servicii de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu nu știu că au dreptul la această facilitate, fie gratuit prin casa de asigurări, fie prin contract încheiat direct cu furnizorul de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu.

Majoritatea medicilor de familie şi a specialiștilor evită să scrie recomandări şi să informeze pacienții că pot beneficia de acest serviciu deoarce există posibilitatea ca asiguratul să se prezinte la CAS înainte ca medicul emitent să fi transmis recomandarea sub semnatură electronică la CAS, respectiv în aceeaşi zi. În această situaţie, legislația din domeniu prevede că se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun. Ca urmare, această măsură punitivă de trimitere a Corpului de control afectează considerabil disponibilitatea medicilor de a face recomandări de îngrijiri la domicliu.

Îngrijirile paliative la domiciliu se acordă astfel:

1. pentru nivelul 1 - de către furnizori de îngrijire paliativă de bază şi de îngrijire paliativă specializată;
2. pentru nivelul 2 - de către furnizori de îngrijire paliativă de bază;
3. pentru nivelul 3 - de către furnizori de îngrijire paliativă specializată pentru pacienţii definiţi la capitolul de beneficiari cu grad de mobilitate diminuat şi pentru familiile acestora sau pentru pacienţii mobili care primesc intermitent servicii de îngrijiri paliative în alte locaţii, dar care primesc intervenţii de consultanţa telefonică pentru asigurarea continuităţii serviciului de îngrijiri paliative.

Pot fi furnizori de îngrijiri paliative de bază la domiciliu medicii de familie cu supraspecializare / competenţă / atestat de studii complementare în îngrijiri paliative sau personal medical din asistenţa primară, comunitară sau din spitalele generale, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente.

Pot fi furnizori de îngrijiri paliative specializate la domiciliu furnizori cu personalitate juridică, publici sau privaţi, sau structuri fără personalitate juridică din cadrul spitalelor publice sau private, asociaţiilor şi fundaţiilor, care fac dovada funcţionării cu echipe interdisciplinare formate din personal angajat având pregătire în domeniul îngrijirilor paliative.

Echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este formată din minim un medic cu normă întreagă cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenţi medicali cu normă întreagă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat în psihologie clinică/consilierepsihologică/psihoterapie, cu jumătate de normă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum şi un fizioterapeut cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de normă, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu îşi poate desfăşura activitate şi alt personal, în funcţie de nevoile pacienţilor aflaţi în îngrijire

Îngrijirile paliative la nivelul cabinetelor de medicină de familie sunt de Nivel 1 şi de Nivel 2 şi se acordă pacienţilor cu grad bun de mobilitate.

Resurse umane- se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)

- pentru un psiholog - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)

- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

Dotarea minimă obligatorie şi condiţiile de organizare a dispeceratului pentru îngrijiri paliative la domiciliu:

Spaţiu dispecerat: minimum o încăpere, cu acces direct, ventilată şi luminată şi cu posibilitatea accesului la grup sanitar cu chiuvetă şi apă curentă.

Organizare:

* spaţiu (de exemplu, frigider) pentru colectarea deşeurilor medicale (după caz - în funcţie de serviciile oferite);
* spaţiu / mobilier destinat depozitării recipientelor care se vor utiliza pentru colectarea deşeurilor medicale (după caz - în funcţie de serviciile oferite);
* asigurarea protecţiei datelor cu caracter personal pentru arhiva electronică.

Dotare minimă:

* birou, scaun;
* echipamente IT/calculator/laptop pentru stocarea electronică a bazei de date a serviciilor efectuate/conexiune la internet/imprimantă (după caz);
* telefon/alte mijloace de comunicare;
* spaţiu/mobilier/rafturi pentru arhiva fizică (fişe, recomandări medicale etc.), cu asigurarea protecţiei datelor cu caracter personal;
* registre de evidenţă privind furnizarea îngrijirilor medicale la domiciliu în care se vor consemna: datele beneficiarului, medicul care a indicat/recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, serviciile furnizate, persoana care a furnizat serviciile, data şi ora;
* cel puţin o trusă standard de prim ajutor;
* materiale dezinfectante/materiale sanitare: ace, seringi, mănuşi, tampoane, materiale consumabile gen vacutainere, soluţii perfuzabile, truse de perfuzie, catetere periferice, tensiometru etc.

**5.4 Servicii de îngrijiri de lungă durată la domiciliu**

Definiția operațională pentru îngrijirea de lungă durată la domiciliu (ILDD):

Serviciile de îngrijiri de lungă durată la domiciliu reprezintă gama de servicii și facilități integrate medicale și sociale pentru îngrijirea continuă a unei persoane încadrate în grad de dependență, pentru o perioadă mai mare de 60 zile și care sunt oferite la domiciliul sau la locația indicată de persoana beneficiară. Organizarea şi funcţionarea serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu se aprobă prin ordin comun al ministrului muncii și solidarităţii sociale și al ministrului sănătății. Elementele comune în definiția serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu așa cum au reieșit din studiul de birou (rapoarte de țară România), cercetarea calitativă cu interviurile cu profesioniștii în îngrijire :

1. Toate definițiile au subliniat faptul că îngrijirile de lungă durată la domiciliu sunt servicii integrate formate din servicii medicale și sociale, care se furnizează împreună într-o modalitate coerentă în funcție de nevoile pacientului;

2. Serviciile medicale de îngrijire la domiciliu includ: asistența medicală, accesul la medicație și dispozitive medicale, recuperare, etc;

3. Serviciile sociale sunt servicii de suport pentru:

a) activităţi de bază ale vieţii zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare şi dezbrăcare, hrănire şi hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer şi mobilizare, deplasare în interior, comunicare;

b) activităţi instrumentale ale vieţii zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activităţi de menaj şi spălătorie, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor, acompaniere şi socializare.

4. Serviciile de îngrijire au nevoie să fie acordate fără întreruperi, de la o lună la alta inclusiv în zilele nelucrătoare ale saptămânii si în timpul zilelor de sărbători legale.

5. Beneficiarii carora le sunt oferite serviciile: persoanelor în vârstă, dependente, persoanelor cu dizabilități;

6. Perioada de furnizare a serviciilor - pentru România: serviciile sociale definesc ILDD drept serviciile care se oferă mai mult de 60 zile respectiv serviciile de sănătate / CNAS nu definește serviciile de îngrijire de lungă durata dar serviciile prevăzute pentru cazurile de îngrijire medicală la domiciliu sunt de maxim 90 zile de îngrijiri / în ultimele 11 luni (în mai multe etape / episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri / în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, deasemenea, de la data de 1 Iulie 2023, un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni (reglementări aplicabile la data prezentului livrabil).

Astfel, aceste servicii se caracterizează prin următoarele atribute principale:

- Serviciile atât medicale cât și sociale este necesar să fie acordate în mod integrat / complementar prin asigurarea continuității îngrijirilor și maximizării oportunităților pentru asigurarea unui echilibru optim al îngrijirilor;

- Serviciile medicale la domiciliu este necesar să fie acordate beneficiarului fără limitare în timp, în funcție de nevoile specifice ale acestuia;

- Serviciile pot fi astfel organizate în diverse tipuri de servicii integrate, cu un pachet de bază minim având atât componentă medicală cât și componentă socială; - Serviciile este necesar să fie acordate cu precădere la domiciliul persoanei, menținând beneficiarul în cadrul personal familiar;

O persoană este eligibilă pentru a primi servicii de ILDD după ce a fost evaluată cu grila de evaluare a dependenței , I s-a stabilit gradul de dependență și i s-a propus planul de îngrijire.

a) Serviciile privind ILDD cuprind astfel un minimum de servicii oferite la domiciliul beneficiarului:

- servicii medicale de îngrijire cum ar fi tratarea escarelor, pansamente, tratamente injectabile recomandate, tratarea durerii, asigurarea medicației și a dispozitivelor medicale, monitorizarea sănătății, prevenția complicațiilor bolilor de bază, servicii de reabilitare a capacității de mobilizare activă, etc.;

- servicii pentru activitățile de bază ale vieții zilnice cum ar fi: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare şi dezbrăcare, hrănire şi hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer şi mobilizare, deplasare în interior, comunicare etc.;

- servicii pentru activitățile instrumentale ale vieţii zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, procurarea medicației necesare, activităţi de menaj şi spălătorie, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor, acompaniere şi socializare.

- servicii de recuperare prin tehnici de kineto și kinesiterapie și alte servicii de recuperare/reabilitare.

b) Facilitățile cuprind sprijinul pentru obținerea de beneficii și /sau ajutoare pentru îngrijire sau ajutoare pentru îngrijire în locuință, de exemplu paturi de îngrijire adaptabile, fotolii rulante pentru transport, cadre de mers, cârje, materiale pentru adaptarea locuinței, de exemplu bare de susținere pe holuri sau la toaletă/în camera de baie, dispozitive suporți de susținere pentru transferul independent din pat în fotoliu rulant sau pe scaunul de toaletă.

În contextul în care societățile îmbătrânite determină un număr tot mai mare de persoane în vârstă, cu o fragilitate crescută, să apeleze la servicii de ÎDL, furnizarea de servicii de ÎDL de calitate - îngrijire sigură, eficientă și care să răspundă nevoilor - a devenit o prioritate pentru guvernele naționale. Proiectarea serviciilor de ÎDL este vitală pentru beneficiarii actuali și viitori. Pentru a garanta calitatea și eficiența politicilor naționale în domeniu, guvernul are nevoie de cercetări și analize bazate pe dovezi.

Necesitatea fundamentării măsurilor de politici din domeniul serviciilor de îngrijire de lungă durată pe cercetări în domeniu a fost exprimată și susținută și de către participanții la metodologia Delphi organizată în cadrul proiectului. În acest sens, MMSS are la dispoziție Planul sectorial de cercetare-dezvoltare pentru perioada 2018-2020. Produsele și serviciile de cercetare contribuie la dezvoltarea, consolidarea și perfecționarea capacității MMPS de a promova, gestiona, monitoriza și ajusta de o manieră sistematică, bazată pe dovezi, procesele legislative specifice, politicile publice, strategiile, programele și planurile de acțiune.

Serviciile acordate în cadrul sistemului îngrijirilor de lungă durată din România sunt reglementate, coordonate şi monitorizate de două entităţi distincte ale administraţiei publice centrale MMSS (componenta socială) şi MS (componenta medicală). Atât serviciile sociale, cât și cele medicale furnizate în cadrul îngrijirii de lungă durată își propun să asigure incluziunea socială, să îmbunătățească calitatea vieții destinatarilor, să contribuie la creşterea autonomiei funcţionale şi prezervarea capacităţii beneficiarilor de a duce o viață independentă.

Activităţile de coordonare şi monitorizare a ÎLD sunt facilitate de adoptarea, de către fiecare minister coordonator în parte, a două strategii distincte, ale căror planuri de implementare prevăd adoptarea de măsuri corespunzătoare sferei de activitate, măsuri destinate a conduce la dezvoltarea serviciilor de asistenţă medicală comunitară, integrate şi comprehensive, creșterea accesului la servicii de calitate de îngrijire de lungă durată (inclusiv servicii de reabilitare şi paliative) şi îmbunătăţirea infrastructurii disponibile.

În cadrul sistemului de ÎLD sunt definite (în diferite proporţii) următoarele elemente: cadrul legislativ (legislaţie, proceduri, entităţi cu atribuţii în coordonare, monitorizarea şi furnizarea de servicii de ÎLD), principiile de acordare a serviciilor de ÎLD/eligibilitate, domeniul de aplicabilitate, indicatori de monitorizare a celor două componente (socială şi medicală), infrastructura, standardele minime de calitate aferente serviciilor disponibile, mecanisme de colaborare şi coordonare între diferitele structuri guvernamentale şi neguvernamentale.

Legea asistenţei sociale, în vigoare începând cu anul 2011, defineşte îngrijirea de lungă durată şi tipurile de servicii sociale care se acordă sub această denumire. ÎLD reprezintă îngrijirea care este acordată unei persoane pe o perioadă mai mare de 60 de zile consecutive și care implică furnizarea de sprijin beneficiarului în realizarea activităților de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi. Este impusă o condiţie de vârstă, întrucât serviciile ÎLD se acordă persoanelor vârstnice şi o condiţie referitoare la existenţa unei stări de dependenţă care să necesite acordarea unor astfel de servicii. Schimbările introduse în anul 2011 au venit în completarea dispoziţiilor legislative referitoare la asistenţa socială a persoanelor vârstnice şi asigurarea calităţii în serviciile sociale.

Când este adusă în discuție considerarea ÎLD ca un domeniu distinct, separat de alte forme de îngrijire, argumentul aplicat este acela că ÎLD acoperă un nou risc social, diferit de tipurile de risc social definite în reglementările internaționale referitoare la protecția socială. Acest risc se referă la nevoia constantă de asistență din partea altei persoane pentru a putea desfășura activități de bază ale vieții de zi cu zi. Această nevoie se suprapune peste riscuri sociale existente (de exemplu riscul de boală, de bătrânețe, etc.), fără a se confunda în totalitate cu acestea.

La nivelul statelor membre, această realitate a generat măsuri legislative destinate a oferi clarificări asupra tipurilor de servicii care pot fi oferite sub această denumire beneficiarilor unor astfel de servicii, modalități de acoperire a costurilor, responsabilități, etc. (Becker, Reinhard, 2018). ÎLD implică deopotrivă asigurarea de servicii medicale și sociale pentru persoanele care au nevoie de ajutor. În literatura de specialitate se face distincție între componenta socială și cea medicală din serviciile de îngrijire de lungă durată, fiecare dintre ele având caracteristici proprii (Leichsenring et al., 2013)

În viziunea OECD (2011), OMS, European Commission (2018), pot apărea dificultăţi în delimitarea celor două componente ale ÎLD, întrucât anumite țări raportează aceleași tipuri de costuri fie în categoria cheltuielilor medicale, fie în categoria celor de asistență socială. Este deci dificil de asigurat comparabilitatea unor indicatori precum ponderea cheltuielilor cu îngrijirea medicală în produsul intern brut. Mai mult decât atât, pentru a planifica serviciile asigurate în cadrul ÎLD și pentru a dezvolta politici publice este nevoie de raportarea separată a celor două componente - de asistență socială şi de îngrijire medicală. Cheltuielile totale pentru îngrijirea de lungă durată sunt calculate ca sumă a costurilor ocazionate de serviciile de îngrijire medicală de lungă durată și serviciile sociale de îngrijire de lungă durată.

De altfel, Strategia naţională pentru promovarea îmbătrânirii active şi protecţia persoanelor vârstnice 2015–2020 menționează în cadrul Anexei A, capitolul 3.3.1. Crearea sistemului unificat de îngrijire de lungă durată (ÎLD) înființarea acestui departament cu responsabilități de coordonare, monitorizare și evaluare a calității serviciilor de ÎLD ca structură în cadrul MMSS.

Studii în domeniu arată că din ce în ce mai multe persoane vârstnice trăiesc singure, au nivel scăzut al veniturilor şi sunt mai expuse, comparativ cu alte categorii ale populației la nevoia de servicii sociale şi medicale, inclusiv ÎLD (Ghenţa et al., 2018). Avansarea în vârstă se asociază cu o deteriorare constantă (în cazul anumitor boli ireversibilă) a stării de sănătate. Aşa se explică faptul că o pondere semnificativă a vârstnicilor se confruntă cu limitări ale capacităţii de a derula anumite activităţi ale vieţii zilnice, la nivel naţional. Rata dizabilităţii înregistrează valori mai ridicate în cazul femeilor, comparativ cu bărbaţii, iar rata dependenţei persoanelor vârstnice raportată la persoanele în vârstă de muncă este pe un trend ascendent.

Toate aceste aspecte de ordin socio-demografic şi economic conduc la o accentuare a riscului de a avea nevoie de ÎLD, începând cu o anumită vârstă. Creșterea cererii de servicii de ÎLD nu a antrenat însă şi o creștere/diversificare a serviciilor disponibile la nivel național.

Presiunea demografică va accentua dificultăţile de finanţare, deopotrivă pentru cheltuielile legate de asistenţa socială, cât şi pe cele relaționate de îngrijirea medicală (Ghenţa, 2016; European Commission, 2018), aspect care se va răsfrânge asupra posibilităţilor de acoperire a nevoilor persoanelor vârstnice, dar şi asupra ocupării în domeniul sănătate şi asistenţă socială, la nivelul tuturor statelor europene, deci implicit şi în România. Conform datelor Eurostat (2011, 2018) în România componenta medicală a ÎLD a înregistrat o creștere de la 0,24 din PIB în 2011, la 0,32 în 2018, în timp ce componenta socială a avut o alocare mai redusă și cu un ritm de creștere mai redus (0,04 în PIB în 2011, 0,05 din PIB în 2018).

În România ÎLD este finanţată prin sume alocate de la bugetele locale şi bugetul de stat. Bugetul de stat acoperă costurile investiţiilor şi reparaţiilor pentru diferite unități de asistență socială din zonele defavorizate, dar și programe naționale destinate creșterii calității serviciilor destinate persoanelor vârstnice. Bugetele locale acoperă cheltuieli de funcționare pentru căminele destinate persoanelor vârstnice aflate în subordinea lor, cheltuielile aferente serviciilor comunitare și îngrijirilor la domiciliu. Persoanele în vârstă care au venituri proprii trebuie să acopere o parte din costul asociat îngrijirii, în funcţie de tipul de serviciu de care beneficiază (îngrijire la domiciliu sau în sistem rezidențial) şi de valoarea veniturilor de care dispun. Pentru îngrijitorii informali sunt prevăzute anumite tipuri de beneficii.

Acordarea serviciilor de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice este condiționată de îndeplinirea a două criterii (MISSOC, 2019):

1. vârsta persoanei care solicită astfel de servicii, respectiv persoana trebuie să aibă vârsta de 65 de ani și peste;
2. gradul de dependență, respectiv solicitantul se găsește în imposibilitatea de a realiza activități de bază ale vieții zilnice, în absența unui sprijin. Încadrarea persoanei vârstnice în diferite grade de dependență presupune evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihoafectiv al persoanei vârstnice.

La nivel european, în domeniul ÎLD există linii de politică publică şi definiri comune, dar practicile şi metodologiile sunt adaptate specificului național. Unele modele sociale europene responsabilizează individul direct, prin solicitarea acumulării unor sume destinate “riscului de dependenţă la bătrâneţe” (țări precum Franţa, Germania, Lichenstein au o asigurare de dependenţă de 2% din venituri de aproape 20 de ani, altele, Belgia, văd riscul de dependenţă într-un mod holistic, incluzând aici şi îngrijirea persoanelor cu dizabilităţi, unde propunerea actuală este de a solicita contribuții de 50 de euro/an tuturor cetăţenilor care au împlinit şi depăşit vârsta de 16 ani), iar alte modele responsabilizează individul indirect, prin colectarea şi administrarea globală a taxelor pe venituri (statele din nordul Europei).

În Elveţia, Asociaţia Curaviva (Asociaţia Oamenilor si Instituţiilor Sociale din Elveţia) a investit în ultimele decenii în dezvoltarea celui mai inovativ concept reziden-ţial adaptat nevoilor persoanelor vârstnice (Şoitu, 2018).

Sistemul de ÎLD pentru persoane vârstnice din România include zece tipuri de servicii sociale care pot fi licențiate (HG nr. 867/2015).

Serviciile sociale de ÎLD s-au extins într-un ritm rapid în ultimii ani. În ciuda acestei evoluții pozitive, capacitatea (și, adeseori, calitatea) serviciilor existente este insuficientă, iar rata de acoperire a populației vârstnice cu nevoi de ÎLD cu îngrijire formală este deosebit de mică.

În prezent, sunt 207 de UID-uri pentru personae vârstnice. Cele mai multe UID-uri au capacitate mică, adică pot furniza servicii către maxim 1-15 beneficiari unici/zi.

Majoritatea (66%) furnizorilor de UID sunt privați, fiind ONG-uri. Unitățile publice de îngrijire la domiciliu sunt în mare parte limitate la persoanele cu dizabilități grave și la persoanele cu boli cronice care beneficiază de servicii medicale și paliative.

Anual, peste 14.800 de persoane vârstnice beneficiază de serviciile de îngrijire oferite de UID-urile existente. Însă, România a avut cea mai mica cotă de utilizare raportată a serviciilor de îngrijire la domiciliu din UE 27 (2,9% comparativ cu valoarea medie de UE27 de 8,4%, în 2019).

Din cauza lipsei de coordonare în ceea ce privește strategiile de resurse umane între sectorul sanitar și cel social, este din ce în ce mai dificil pentru furnizorii de ÎLD să atragă personal calificat (de exemplu, asistente medicale), care au salarii și condiții de muncă mai bune în (majoritatea) unităților sanitare.

Deficitul structural de personal de îngrijire creează efecte negative asupra calității îngrijirii și asupra calității vieții beneficiarilor, inclusiv situații de violență și abuz (atât a beneficiarilor, cât și a îngrijitorilor). In România, accesul la servicii este extrem de inechitabil.

Un număr mic de județe din regiunile Vest, Centru și București-Ilfov, concentrează o mare parte din serviciile și beneficiarii de ÎLD.

Decalajele între județe și cele între regiunile de dezvoltare se regăsesc la nivelul tuturor tipurilor de servicii de ÎLD. Mixul de servicii de ÎLD și localizarea acestora în rural / urban diferă substanțial între județe. Cererea și oferta de ÎLD sunt corelate doar parțial. Oferta este mult subdimensionată pentru a fi potrivită unei nevoi atât de mari. Potrivirea între cerere și ofertă în domeniul ÎLD este mai degrabă întâmplătoare și nu rezultată în baza unui plan strategic. Actuala distribuție în teritoriu a serviciilor de ÎLD este mai degrabă efectul combinat al disponibilității autorităților locale sau județene de a finanța servicii și distribuția în teritoriu a ONG-urilor active în domeniul ÎLD.

România: Raportul de dependență la vârste înaintate, în funcție de mediul de rezidență urban-rural, 2003-2021



Sursa: Institutul Național de Statistică (2022).

Fig. 1. Context: Tendințe demografice, epidemiologice și sociale

România se confruntă cu o îmbătrânire rapidă a populației. Raportul de dependență la vârste înaintate a crescut față de 1950 și s-a accelerat în special în ultimii 20 de ani. Speranța de viață la naștere în România în 2020 era de 76,5, situându-se printre cele mai scăzute din UE, pe locul 24 din cele 27 de state membre. Însă, conform prognozelor ONU, speranța de viață în România va crește în următoarele câteva decenii.

Raportul dintre populația cu vârsta peste 65 de ani împărțită la populația de vârstă de muncă.

În România, persoanele vârstnice singure sau cu funcționalitate limitată și persoanele cu dizabilități sunt identificate ca grupuri vulnerabile. România are a doua cea mai mare rată de persoane vârstnice expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială dintre statele membre ale UE. În zonele rurale, sărăcia este de trei ori mai prevalentă decât în zonele urbane.

Definiția operațională pentru îngrijirea de lungă durată la domiciliu (ILDD):

Serviciile de îngrijiri de lungă durată la domiciliu reprezintă gama de servicii și facilități integrate medicale și sociale pentru îngrijirea continuă a unei persoane încadrate în grad de dependență, pentru o perioadă mai mare de 60 zile și care sunt oferite la domiciliul sau la locația indicată de persoana beneficiară. Organizarea şi funcţionarea serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu se aprobă prin ordin comun al ministrului muncii și solidarităţii sociale și al ministrului sănătății. Elementele comune în definiția serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu așa cum au reieșit din studiul de birou (rapoarte de țară România), cercetarea calitativă cu interviurile cu profesioniștii în îngrijire și întâlnirile de lucru cu specialiștii din echipa de proiect:

1. Toate definițiile au subliniat faptul că îngrijirile de lungă durată la domiciliu sunt servicii integrate formate din servicii medicale și sociale, care se furnizează împreună într-o modalitate coerentă în funcție de nevoile pacientului;

2. Serviciile medicale de îngrijire la domiciliu includ: asistența medicală, accesul la medicație și dispozitive medicale, recuperare, etc;

3. Serviciile sociale sunt servicii de suport pentru:

a) activităţi de bază ale vieţii zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare şi dezbrăcare, hrănire şi hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer şi mobilizare, deplasare în interior, comunicare;

b) activităţi instrumentale ale vieţii zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activităţi de menaj şi spălătorie, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor, acompaniere şi socializare.

4. Serviciile de îngrijire au nevoie să fie acordate fără întreruperi, de la o lună la alta inclusiv în zilele nelucrătoare ale saptămânii si în timpul zilelor de sărbători legale.

5. Beneficiarii carora le sunt oferite serviciile: persoanelor în vârstă, dependente, persoanelor cu dizabilități;

6. Perioada de furnizare a serviciilor - pentru România: serviciile sociale definesc ILDD drept serviciile care se oferă mai mult de 60 zile respectiv serviciile de sănătate / CNAS nu definește serviciile de îngrijire de lungă durata dar serviciile prevăzute pentru cazurile de îngrijire medicală la domiciliu sunt de maxim 90 zile de îngrijiri / în ultimele 11 luni (în mai multe etape / episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri / în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, deasemenea, de la data de 1 Iulie 2023, un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni (reglementări aplicabile la data prezentului livrabil).

Astfel, aceste servicii se caracterizează prin următoarele atribute principale:

- Serviciile atât medicale cât și sociale este necesar să fie acordate în mod integrat / complementar prin asigurarea continuității îngrijirilor și maximizării oportunităților pentru asigurarea unui echilibru optim al îngrijirilor;

- Serviciile medicale la domiciliu este necesar să fie acordate beneficiarului fără limitare în timp, în funcție de nevoile specifice ale acestuia;

- Serviciile pot fi astfel organizate în diverse tipuri de servicii integrate, cu un pachet de bază minim având atât componentă medicală cât și componentă socială;

- Serviciile este necesar să fie acordate cu precădere la domiciliul persoanei, menținând beneficiarul în cadrul personal familiar;

O persoană este eligibilă pentru a primi servicii de ILDD după ce a fost evaluată cu grila de evaluare a dependenței , I s-a stabilit gradul de dependență și i s-a propus planul de îngrijire.

a) Serviciile privind ILDD cuprind astfel un minimum de servicii oferite la domiciliul beneficiarului:

- servicii medicale de îngrijire cum ar fi tratarea escarelor, pansamente, tratamente injectabile recomandate, tratarea durerii, asigurarea medicației și a dispozitivelor medicale, monitorizarea sănătății, prevenția complicațiilor bolilor de bază, servicii de reabilitare a capacității de mobilizare activă, etc.;

- servicii pentru activitățile de bază ale vieții zilnice cum ar fi: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare şi dezbrăcare, hrănire şi hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer şi mobilizare, deplasare în interior, comunicare etc.;

- servicii pentru activitățile instrumentale ale vieţii zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, procurarea medicației necesare, activităţi de menaj şi spălătorie, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor, acompaniere şi socializare.

- servicii de recuperare prin tehnici de kineto și kinesiterapie și alte servicii de recuperare/reabilitare.

b) Facilitățile cuprind sprijinul pentru obținerea de beneficii și /sau ajutoare pentru îngrijire sau ajutoare pentru îngrijire în locuință, de exemplu paturi de îngrijire adaptabile, fotolii rulante pentru transport, cadre de mers, cârje, materiale pentru adaptarea locuinței, de exemplu bare de susținere pe holuri sau la toaletă/în camera de baie, dispozitive suporți de susținere pentru transferul independent din pat în fotoliu rulant sau pe scaunul de toaletă.

**5.5. Îngrijirile informale la domiciliu**

În România, serviciile de ÎLD se acordă de către furnizori acreditați publici sau privați (organizații non-guvernamentale, unități aparținând agenților economici, unități de cult) la domiciliul persoanei vârstnice, de către îngrijitori formali sau informali, la domiciliul persoanei care acordă serviciul, dar și în centre de zi și centre rezidențiale. În funcție de gradul de dependență al persoanei, acordarea serviciilor poate fi temporară sau permanentă. Dezvoltarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice se face prin consultarea de către autorităţile administraţiei publice centrale şi locale a organismelor reprezentative ale persoanelor vârstnice.

Furnizorii publici şi privaţi care acordă servicii sociale persoanelor vârstnice au obligaţia de a implica persoana vârstnică, precum şi familia sau reprezentantul legal al acesteia în procesul de acordare a serviciilor sociale şi de a promova intervenţia membrilor comunităţii şi a voluntarilor în acest proces. Îngrijirea la domiciliu se realizează de îngrijitori formali sau informali.

Îngrijitorul formal este o persoană calificată și certificată pentru a furniza îngrijirea personală, respectiv ajutorul pentru efectuarea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice acordat persoanei vârstnice. Îngrijitorii informali (membrii ai familiei care au în grijă o persoană vârstnică prieteni, vecini) pot lucra cu jumătate de normă, suportarea drepturilor salariale pentru cealaltă jumătate de normă asigurându-se din bugetele locale, la un nivel corespunzător salariului brut lunar al îngrijitorului la domiciliu plătit din fonduri publice. În plus, membrii familiei beneficiază și de concediu plătit.

Potrivit legislației în vigoare, îngrijitorii informali și formali beneficiază și de facilități și servicii de suport, indemnizații, servicii de consiliere, servicii de tip respiro și concediu de îngrijire. În realitate însă, accesarea unor astfel de facilități este mult diminuată ca urmare a indisponibilității acestora.

Aproape o treime dintre persoanele de 65+ ani care nu trăiesc în instituții au raportat că au nevoi de îngrijire (minore, majore sau severe), legate de dificultățile pe care le întâmpină din cauza unor probleme fizice, mentale, emoționale sau de memorie, ce le afectează viața zilnică.

Ponderea persoanelor cu nevoi de îngrijire crește monoton cu vârsta de la un minim de 21,7% dintre persoanele de 65-79 ani la 64,3% dintre cele de 80+ ani. Țările cu cele mai dezvoltate sisteme de ÎLD, care include majoritatea statelor membre UE și OCDE utilizează metode de previzionare pentru a estima schimbările actuale și viitoare ale cererii de ÎLD, care permit ajustarea reglementărilor și stimulentelor pentru furnizorii din sectorul privat.

O parte considerabilă dintre persoanele vârstnice cu nevoi de ÎLD nu beneficiază de nici un fel de serviciu de îngrijire (informală sau formală).

Îngrijirea informală este forma dominantă de îngrijire furnizată persoanelor vârstnice din România care au nevoie de îngrijire.

Acest tipar este generalizat pentru majoritatea țărilor europene, însă în țările cu sisteme dezvoltate de ÎLD (precum Suedia, Olanda, Danemarca sau Austria), ponderea dominantă o dețin persoanele care primesc un mix de îngrijire formală și informală, cum este și de dorit. Spre deosebire, în România, predomină îngrijirea informală exclusivă.

Utilizarea îngrijirii informale din afara gospodăriei (din partea unui copil, altă rudă, prieteni, alte persoane) este cea mai răspândită, pentru persoanele cu toate nivelurile de nevoi de îngrijire.

Numărul îngrijitorilor informali din România este neclar, la fel ca și sarcina de îngrijire pe care o resimt aceștia, pentru că nu există o colectare sistematică de date până în prezent. Femeile sunt semnificativ suprareprezentate în rândul îngrijitorilor informali. Formarea este la fel de relevantă pentru îngrijitorii informali ca și pentru îngrijitorii formali, pentru a le permite acestora să ofere îngrijire de înaltă calitate.

Curricula de formare pentru îngrijitori trebuie să includă: cunoștințele specifice bolii, menținerea sănătății persoanei îngrijite, sprijinirea reabilitării, acolo unde este posibil, gestionarea simptomelor, oferirea de sprijin pentru activitățile de zi cu zi șipentru întreținerea gospodăriei, accesarea și coordonarea cu furnizorii de servicii formale. Esențială este formarea privind autoîngrijirea pentru a dezvolta abilitățile necesare pentru a gestiona stresul și a-și proteja propria sănătate fizică și mentală. Eurocarers (2018).

**5.6. Îngrijirile la domiciliu pentru persoanele vârstnice**

Revenind la problematica vârstnicilor în țara noastră trebuie accentuată necesitatea dezvoltării și profesionalizării activităților de îngrijire la domiciliu, care, în prezent, sunt neacoperitoare și se rezumă la ceea ce privește menajul și alimentația și mai puțin în ceea ce privește asistența medicală, terapia ocupațională, kinetoterapia etc. De asemenea, serviciile medicale și socio-medicale nu sunt suficient susținute pentru a se dezvolta la nivel național încât să acopere nevoia și să substituie asistența în spitale și centre rezidențiale, mai costisitoare și insuficiente de altfel.

Demersurile în beneficiul persoanelor vârstnice trebuie să fie astfel concepute încât să respecte drepturile fundamentale ale acestora dintre care amintim:

* dreptul la îngrijire medicală;
* dreptul la prevenirea dependenței;
* dreptul de a alege locul și modul de viață;
* dreptul la susținere familială și comunitară;
* dreptul la îngrijiri paliative;
* dreptul la ocrotire legală etc.

Principiile Națiunilor Unite pentru Persoanele de Vârsta a III-a („To add life to the years that have been added to life”) doresc de asemenea să asigure o atenție prioritară asupra situației persoanelor în vârstă și susțin:

* independența;
* participarea;
* îngrijirea;
* auto-realizarea;
* demnitatea.

Procesul de recuperare psihosocială și de evitare a izolării sociale a persoanelor vârstnice trebuie să cuprindă măsuri deopotrivă pentru bunăstarea fizică, psihică și socială. În plan instituțional aceasta presupune coordonarea reformei la nivel medical cu cea la nivel social pentru ca intervenția să fie simultană și coerentă. Centrarea pe integrarea serviciilor prin comunicarea între instituții și colaborare între profesioniști contribuie la realizarea scopului major de mutare a îngrijirii de lungă durată din instituții spre comunitate.

În conformitate cu prevederile art. 4 din Legea nr. 16/2000 cu modificările și completările ulterioare, CNPV are ca atribuții: elaborarea de studii și analize sociologice în domeniu, propune Guvernului programe privind ameliorarea continuă a condițiilor de viață a persoanelor vârstnice, sprijină bună funcționare a instituțiilor de asistență socială și propune măsuri de îmbunătățire a activității acestora. În acest scop, a realizat pentru prima dată studiului privind organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, în anul 2006, pe care în prezent, îl reluăm pentru a reevalua procesul de extindere al acestor servicii și de a reconsidera modul de implementare.

În cazul ÎD , cu excepția serviciilor medicale furnizate în cadrul acestora:

Se asigură fără plata contribuţiei persoanelor vârstnice care, evaluate potrivit grilei naţionale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, se încadrează în una dintre următoarele situaţii:

* nu au venituri şi nici susţinători legali;
* sunt beneficiari ai ajutorului social acordat în baza Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările şi completările ulterioare, sau realizează venituri al căror cuantum se situează sub nivelul indemnizaţiei sociale pentru pensionari prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 6/2009 privind instituirea pensiei sociale minime garantate, aprobată prin Legea nr. 196/2009, cu modificările ulterioare;
* susţinătorii legali ai persoanelor vârstnice prevăzute la lit. b) realizează venituri al căror cuantum se situează sub cuantumurile veniturilor prevăzute la lit. b).

Persoanele vârstnice care se încadrează în grila naţională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice care realizează venituri peste cele anterior menționate beneficiază de servicii cu plata unei contribuţii, stabilite în urma procesului de evaluare complexă, în funcţie de tipul de servicii acordate şi de venitul persoanei/susţinătorilor legali, fără a se depăşi costul acestora calculat pentru perioada respectivă.

Tipurile de servicii şi costul acestora se stabilesc de autorităţile administraţiei publice locale, respectiv de furnizorul de servicii sociale, cu respectarea prevederilor legale.

**Finanțarea serviciilor sociale pentru persoane vârstnice**

Finanţarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice se asigură pe principiul împărţirii responsabilităţii între administraţia publică centrală şi cea locală.

De la bugetul de stat se alocă fonduri pentru:

1. finanţarea activităţilor de asistenţă socială desfăşurate de asociaţii şi fundaţii române cu personalitate juridică, precum şi de unităţile de cult recunoscute în România;
2. cheltuieli de investiţii şi reparaţii capitale pentru unităţi de asistenţă socială din zone defavorizate;
3. finanţarea cheltuielilor curente ale căminelor pentru persoane vârstnice;
4. finanţarea programelor de interes naţional destinate dezvoltării şi sustenabilităţii serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice;
5. alte cheltuieli stabilite prin legile bugetare anuale.

De la bugetul local se alocă fonduri pentru:

1. sume alocate în completarea veniturilor proprii ale căminelor prevăzute la art. 18 alin. (5) lit. a) din Legea nr.17/2000 privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
2. finanţarea cheltuielilor căminelor din subordine/administrare;
3. finanţarea activităţii de asistenţă socială a unor asociaţii şi fundaţii române cu personalitate juridică, precum şi a unităţilor de cult recunoscute în România;
4. finanţarea cheltuielilor pentru organizarea şi funcţionarea serviciilor comunitare de asistenţă socială, precum şi pentru îngrijirea la domiciliu în condiţiile art. 13 din Legea nr.17/2000 privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

* angajare personal de îngrijire prin plata cu ora, fracţiuni de normă sau normă întreagă, în funcţie de perioada de îngrijire necesară.
* acoperirea drepturilor salariale pentru o jumătate de normă corespunzător salariului brut lunar al îngrijitorului la domiciliu în cazul soțului și rudelor care au în îngrijire o persoana vârstnică dependentă și beneficiază de program lunar redus de lucru, de o jumătate de normă);

1. cheltuieli pentru înmormântarea asistaţilor lipsiți de susţinători legali sau care nu își pot îndeplini obligaţiile familiale datorită stării de sănătate sau situaţiei economice precare.

Cheltuielile de funcţionare a căminului pentru persoane vârstnice se asigură cu respectarea principiului subsidiarităţii, în următoarea ordine:

* din venituri proprii;
* din sume alocate din bugete locale ale unităţilor/subdiviziunilor administrativ-teritoriale;
* din bugetul de stat, din sume defalcate din taxa pe valoarea adăugată - în proporţie de cel puţin 10% din standardul minim de cost aprobat prin hotărâre a Guvernului, în condiţiile legii, în completarea sumelor prevăzute la lit. a) şi b), pe baza necesarului stabilit anual de MMSS, la elaborarea bugetului de stat. Sumele repartizate pe judeţe la propunerea MMSS se aprobă distinct prin anexă la legea bugetului de stat şi se repartizează pe unităţi administrativ-teritoriale prin decizie a directorului direcţiei generale regionale a finanţelor publice/şefului administraţiei judeţene a finanţelor publice, la propunerea agenţiei judeţene pentru plăţi şi inspecţie socială, respectiv a municipiului Bucureşti fundamentată pe baza solicitărilor autorităţilor administraţiei publice locale.

Cheltuielile pentru servicii medicale, materiale sanitare, dispozitive medicale şi medicamente se suportă din fondurile şi în condiţiile prevăzute de reglementările privind asigurările sociale de sănătate.

Cheltuielile care nu se suportă din fondurile asigurărilor sociale de sănătate, în condiţiile legii, sunt asigurate de căminul pentru persoane vârstnice, prin care se realizează asistenţa persoanei în cauză.

**5.7 Tipuri de unități / societăți ce pot acorda servicii de îngrijiri la domiciliu**

Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și complectările ulterioare, prevede la:

Art.77 - Cabinetul de medicină de familie poate desfașura următoarele activități :

……d) activități de îngrijire la domiciliu.

Art. 81 - Serviciile medicale extinse sunt acele servicii care pot fi furnizate la nivelul asistenței medicale în mod opțional și/sau în anumite condiții de organizare, precum:

……d) servicii medico -sociale: îngrijiri la domiciliu, îngrijiri terminale.

Art. 85 - Cabinetul de medicină de familie poate realiza venituri din:

……b) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, pentru servicii de planificare familială, servicii speciale de consiliere, servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în fază terminală și postspitalicești.

Art.135 - (1) Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de către medicii de specialitate împreună cu alt personal specializat și autorizat în condițiile legii și se acordă prin urmîtoarele structuri medicale:

……d) furnizori autorizați pentru îngrijiri de specialitate la domiciliu.

Art. 171 - (2)Spitalele pot avea în componența lor structuri care acordă servicii ambulatorii de specialitate, servicii de spitalizare de zi, îngrijiri la domiciliu, servicii paraclinice ambulatorii. Furnizarea acestor servicii se negociază și se contractează în mod distinct cu CAS sau cu terți în cadrul asistenței medicale spitalicești sau din fondurile alocate pentru serviciile respective.

Art. 193 - (7) Spitalele publice pot realiza venituri suplimentare din:

……h) servicii de asistență medicală la domiciliu, acordate la cererea pacienților sau, după caz, în baza unui contract de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile stabilite prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 229 – (1) Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi.

….. (3) Contractul -cadru reglementează, în principal, condițiile acordîrii asistenței medicale cu privire la:

1. Pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal;
2. Lista serviciilor medicale, a serviciilor de ingrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de bază prevazute la litera a);

……..

1. Măsuri de ingrijiri la domiciliu, de reabilitare;

Art. 230 - (1) Asigurații au următoarele drepturi:

…….

m) să beneficieze de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;

Art. 238 - (5)Servicii de ingrijiri la domiciliu, inclusiv ingrijiri paliative la domiciliu, se acordă de furnizorii evaluați și autorizați în acest sens.

**6. Decontarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu**

**6.1 Decontarea serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu**

Conform OMS 1857 din 30 mai 2023:

(1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, numai pentru statusul de performanţă ECOG 3 sau 4 al asiguratului.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate..

(3) Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii sau de direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă sau urmărite în regim ambulatoriu, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, asociaţi, acţionari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soţ/soţie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

(4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici a recomandărilor medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

(5) Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medici de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. Medicii de specialitate din spital recomandă îngrijiri medicale la domiciliu la externarea asiguratului, ca urmare a acordării unui serviciu de spitalizare raportat la casa de asigurări de sănătate.

În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4.

(6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii în ambulatoriu pentru recomandările eliberate de medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 A la ordin.

Anexa 30 A

A. Pachet de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU** | | **Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu** |
| 1. | | Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun;  recomandarea serviciului se face de către medici pentru toţi parametrii prevăzuţi, respectiv: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun |
| 2. | | Administrarea medicamentelor: |
| 2.1. intramuscular - în afara injecţiilor cu produse de origine umană | | |
| 2.2. subcutanat - în afara injecţiilor cu produse de origine umană | | |
| 2.3. intradermic - în afara injecţiilor cu produse de origine umană | | |
| 2.4. oral | | |
| 2.5. pe mucoase | | |
| 3. | | Administrarea medicamentelor intravenos - în afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană, cu respectarea legislaţiei în vigoare |
| 4. | Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală, la bărbaţi se efectuează de către medicul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu  - implică obligatoriu toaleta locală genitală şi schimbarea sondei fixe la 6 zile | |
| 5. | Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă, cu respectarea legislaţiei în vigoare, în afara perfuziilor cu produse de origine umană. | |
| 6. | Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondăgastrică/nazogastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor | |
| 7. | Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie, inclusiv instruirea asiguratului/aparţinătorului | |
| 8. | Clismă cu scop evacuator /terapeutic | |
| 9. | Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor | |
| 10. | Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor | |
| 11. | Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare:  posturi de drenaj bronşic, tapotaj, fizioterapie respiratorie | |
| 12. | Îngrijirea plăgilor simple şi/sau suprainfectate/suprimarea firelor | |
| 13. | Îngrijirea escarelor multiple | |
| 14. | Îngrijirea stomelor | |
| 15. | Îngrijirea fistulelor | |
| 16. | Îngrijirea tubului de dren şi instruirea asiguratului | |
| 17. | Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului | |
| 18. | Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbţia urinei; este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi. | |
| 19. | Alimentaţie parenterală - alimentaţie artificială pe cateter venos central sau periferic se acordă de către spitalele cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu autorizate să efectueze acest tip de serviciu.  Serviciul nu include alimentele specifice. | |
| 20. | Kinetoterapie individuală  se efectuează doar de fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu | |
| 21. | Logopedie individuală  - se efectuează doar de logopedul, care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu | |
| 22. | Masajul limfedemului  - se efectuează doar de fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu și atestă pregătirea profesională în drenaj limfatic manual | |
| 23. | Evaluarea manuală a fecaloamelor | |
| 24. | Recoltarea produselor biologice, cu respectarea Normelor tehnice privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale şi a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza naţională de date privind deşeurile rezultate din activităţi medicale aprobate prin Ordinul MS nr. 1226/2012 (sânge, urină, materii fecale); | |

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 114 lei (pentru mediul urban), respectiv 124 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 134 de lei (pentru mediul rural - peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 144 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 153 de lei (pentru mediul rural - peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 163 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, precum şi costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

[Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire.

Numărul şi tipul serviciilor efectuate trebuie să fie acelaşi cu numărul şi tipul serviciilor recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni (în mai multe etape episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani. Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situaţiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu. Dacă întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu este mai mare de 7 zile calendaristice, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar. Furnizorul anunță prin poșta electronică în aceeași zi casa de asigurări de sănătate despre întreruperea/reluarea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu. Reluarea acordării serviciilor medicale la domiciliu se face de catre acelasi furnizor.

(5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni;

(6) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, aviz transmis electronic, certificat cu semnătura electronică extinsă/calificată a acestuia.

(7) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire medicala la domiciliu care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura persoanei care a furnizat serviciul de îngrijire, precum şi evoluţia stării de sănătate. Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoana împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului confirmă efectuarea acestor servicii prin semnarea.

**6.2 Decontarea serviciilor sociale la domiciliu**

Asistenţa socială se finanţează din **fonduri** alocate de la bugetul de stat, de la bugetele locale, din donaţii, sponsorizări sau din alte contribuţii din partea unor persoane fizice ori juridice, din ţară şi din străinătate, din contribuţii ale beneficiarilor, precum şi din alte surse, cu respectarea legislaţiei în domeniu şi în limita resurselor financiare disponibile - Legea 26/2000

Art. 132 și Art. 133 - (1) De la bugetul de stat se alocă fonduri pentru:

a) finanţarea programelor de interes naţional, elaborate de Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale, precum şi de alte autorităţi ale administraţiei publice centrale cu atribuţii în domeniul serviciilor sociale şi aprobate prin hotărâre a Guvernului;

b) finanţarea programelor de subvenţionare a furnizorilor privaţi de servicii sociale, derulate de Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale;

c) finanţarea înfiinţării unor instituţii de asistenţă socială pilot;

d) finanţarea serviciilor sociale acordate prin structurile publice aflate în subordinea-coordonarea autorităţilor administraţiei publice centrale;

e) finanţarea serviciilor sociale acordate de autorităţile administraţiei publice locale şi a altor furnizori publici şi privaţi de servicii sociale, în condiţiile legii;

f) finanţarea programelor de educaţie permanentă a personalului de specialitate şi a programelor de cercetare din domeniul serviciilor sociale;

g) cheltuieli de investiţii şi reparaţii capitale pentru centrele de zi şi rezidenţiale, în condiţiile legii;

h) cofinanţarea serviciilor sociale, în baza memorandumurilor, protocoalelor, convenţiilor de parteneriat, încheiate conform legii.

(2) Pentru cheltuielile prevăzute la alin. (1) lit. g), care se suportă din bugetul de stat prin bugetul MMSS, procedura de acordare a sumelor cu această destinaţie se stabileşte prin hotărâre a Guvernului. alocate din bugetul de stat.

Art. 137 **-** (1) Serviciile medicale asigurate beneficiarilor de servicii sociale în centrele rezidenţiale şi de zi se finanţează de la bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile legii şi în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Furnizorii publici şi privaţi care acordă servicii de îngrijire în centre rezidenţiale şi, după caz, în centre de zi asigură, din fonduri proprii, medicamente uzuale acordate fără prescripţie medicală, materiale sanitare şi echipamentele necesare îngrijirii persoanei asistate, care nu sunt finanţate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate sau prin programele Ministerului Sănătăţii.

Art. 138 - (1) Pentru finanţarea serviciilor sociale se pot utiliza veniturile obţinute din sponsorizările şi donaţiile în bani sau în natură, acordate de persoane fizice şi juridice, române şi străine, furnizorilor de servicii.

(2) Serviciile sociale pot fi finanţate din fonduri internaţionale, stabilite prin memorandumurile sau protocoalele de finanţare încheiate de statul român cu donatorii, precum şi din fondurile structurale pentru proiectele selectate în cadrul programelor operaţionale regionale.

(3) În funcţie de venituri, persoanele beneficiare contribuie la finanţarea acordării serviciilor sociale, conform legii.(4) Furnizorii de servicii sociale pot dezvolta activităţi lucrative numai pentru autofinanţarea serviciilor sociale acordate, cu excepţia operatorilor economici prevăzuţi la art. 37 alin. (3) lit. e).(5) Veniturile obţinute din activităţile prevăzute la alin.

(4) se utilizează şi pentru lucrări de modernizare, reamenajare şi renovare a centrelor aflate în administrare.

Art. 139 - (1) Asociaţiile şi fundaţiile, precum şi cultele recunoscute de lege, în calitate de furnizori privaţi de servicii sociale, pot primi subvenţii alocate de la bugetul de stat şi de la bugetele judeţene/bugetele locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti, ca formă de sprijin în vederea înfiinţării, dezvoltării, diversificării şi asigurării continuităţii serviciilor sociale acordate de aceştia.

(2) Subvenţionarea furnizorilor privaţi din fonduri publice se reglementează prin lege specială.

HG nr. 426 din 27 mai 2020 privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale

Standarde de cost/an pentru serviciile sociale destinate îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice

1. Servicii de îngrijire personală la domiciliu, destinate persoanelor vârstnice încadrate în gradele de dependență IA, IB şi IC, potrivit Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886/2000

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipul activităților | Numărul de ore de îngrijire profesională primită la domiciliu | Standard de cost pe an\*)  -lei- |
| A) Sprijin pentru realizarea activităților de bază ale vieții zilnice, în principal, potrivit prevederii Legii asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare:   1. Asigurarea igienei corporale; 2. Îmbrăcarea și dezbrăcarea; 3. Hrănirea și hidratarea; 4. Asigurarea igienei eliminărilor; 5. Transfer și mobilizare; 6. Deplasarea în interior; 7. Comunicarea | Cel puțin 20 ore pe săptămână, cu un cost de 30 lei oră | 31.200 |
| B) Sprijin pentru realizarea activităților instrumentare ale vieții zilnice, potrivit prevederilor Legii nr.292/2011, cu modificările și complectarile ulterioare:  a) preparararea hranei;  b) efectuarea de cumparaturi;  c) activități de menaj și spalatorie;  d) facilitarea deplasării în exterior și însoțire;  e) activități de administrare și gestionare a bunurilor;  f) acompaniere și socializare. |

\*) Cheltuelile de personal reprezintă maximum 80% din valoarea standardului de cost.

2. Servicii de îngrijire personală la domiciliu, destinate persoanelor vârstnice încadrate în gradele de dependenţă IIA, IIB şi IIC, potrivit Grilei naţionale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886/2000

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipul activităților | Numărul de ore de îngrijire profesională primită la domiciliu | Standard de cost pe an\*)-lei- |
| A) Sprijin pentru realizarea activităților de bază ale vieții zilnice, în principal, potrivit prevederii Legii asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare:   1. Asigurarea igienei corporale; 2. Îmbrăcarea și dezbrăcarea; 3. Hrănirea și hidratarea; 4. Asigurarea igienei eliminărilor; 5. Transfer și mobilizare; 6. Deplasarea în interior; 7. Comunicarea | Cel puțin 10 ore pe săptămână, însă mai puțin de 20 de ore, cu un cost de 30 lei oră | 23.400 |
| B) Sprijin pentru realizarea activităților instrumentare ale vieții zilnice, potrivit prevederilor Legii nr.292/2011, cu modificările și completările ulterioare:  a) prepararea hranei;  b) efectuarea de cumpărături;  c) activități de menaj și spălătorie;  d) facilitarea deplasării în exterior și însoțire;  e) activități de administrare și gestionare a bunurilor;  f) acompaniere și socializare. |

3. Servicii de îngrijire personală la domiciliu, destinate persoanelor vârstnice, încadrate în gradele de dependență IIIA, potrivit Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886/2000

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipul activităților | Numărul de ore de îngrijire profesională primită la domiciliu | Standard de cost pe an\*)  -lei- |
| B) Sprijin pentru realizarea activităților instrumentare ale vieții zilnice, potrivit prevederilor Legii nr.292/2011, cu modificările și completările ulterioare:  a) prepararea hranei;  b) efectuarea de cumpărături;  c) activități de menaj și spălătorie;  d) facilitarea deplasării în exterior și însoțire;  e) activități de administrare și gestionare a bunurilor;  f) acompaniere și socializare. | Cel puțin 10 ore pe săptămână, cu un cost de 30 lei oră | 16.600 |

Cheltuielile de personal reprezintă maximum 80% din valoarea standardului de cost.

HG nr. 1153 din 21 noiembrie 2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistenta socială

(1) Începând cu data de 1 ianuarie 2009, nivelul mediu lunar al subvenției care se acordă de la bugetul de stat pentru o persoană asistată este următorul:

a) 250 lei/persoană, pentru centrul rezidențial;

b) 175 lei/persoană, pentru centrul de zi;

c) 120 lei/persoană, pentru unitatea de îngrijiri la domiciliu;

d) 90 lei/persoană, pentru cantina socială sau alte servicii de acordare a hranei.

(2) În cazul serviciilor acordate complementar, potrivit planului individualizat de acordare a serviciilor, întocmit potrivit dispozițiilor legale, cuantumul cumulat al subvenției lunare pe persoană asistată nu poate depăși suma de:

a)175 lei, pentru serviciile acordate în cadrul unui adăpost de noapte sau centru de zi, complementar/cumulat cu masa la cantină sau alte servicii de acordare a hranei;

b) 120 lei, pentru serviciile acordate prin unitatea de îngrijire la domiciliu complementar/cumulat cu masa la cantina socială sau alte servicii de acordare a hranei.

(3) Nivelul mediu lunar al subvenției și tipurile de servicii sociale pentru care se acordă subvenții din bugetul local se stabilesc prin hotărâre a consiliului local.

**7. Functionarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu**

Îngrijirile la domiciliu pot fi acordate de entități publice sau private, acestea pot da:

* îngrijirile medicale la domiciliu;
* îngrijirile sociale la domiciliu.

În domeniul medical pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoanele juridice sau fizice autorizate de MS pentru a presta aceste servicii (**Ordinul 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu**).

În domeniul social pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoanele fizice sau juridice, de drept pubic sau privat definiti de Legea 292/2011 privind asistența socială, conform art.37 (2) din furnizori publici de servicii sociale pot fi:

1. structurile specializate din cadrul/subordinea autorităților administrației publice locale și autoritățile executive din unitățile administrativ-teritoriale organizate la nivel de comună, oraș, municipiu și sectoare ale municipiului București;
2. autoritățile administrației publice centrale ori alte instituții aflate în subordinea sau coordonarea acestora care au stabilite prin lege atribuții privind acordarea de servicii sociale pentru anumite categorii de beneficiari;
3. unitățile sanitare, unitățile de învățământ și alte instituții publice care dezvoltă, la nivel comunitar, servicii sociale integrate.

Furnizori privați de servicii sociale pot fi:

1. organizațiile neguvernamentale, respectiv asociațiile și fundațiile;
2. cultele recunoscute de lege;
3. persoanele fizice autorizate în condițiile legii;
4. filialele și sucursalele asociațiilor și fundațiilor internaționale recunoscute în conformitate cu legislația în vigoare;
5. operatorii economici cu scop lucrativ, pentru toate categoriile de servicii sociale organizate în condițiile legii, cu excepția celor prevăzute la art. 73 alin. (2) lit. a) și c), la art. 77 și 78, precum și a celor prevăzute la art. 83.

Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu, se acordă de furnizori evaluați și autorizați în acest sens. (Art.238(5)).

Ordonanța de Guvern nr.26/2000 privind asociațiile și fundațiile

Persoanele fizice și persoanele juridice care urmăresc desfășurarea unor activități de interes general sau în interesul unor colectivități ori, după caz, în interesul lor personal nepatrimonial pot constitui asociații ori fundații în condițiile prezentei ordonanțe. (Art.(1)).

Legea nr. 489/2006 privind libertatea religioasă și regimul general a cultelor

Calitatea de cult recunoscut de stat se dobândește prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Secretariatului de Stat pentru Culte, de către asociațiile religioase care, prin activitatea și numărul lor de membri, oferă garanții de durabilitate, stabilitate și interes public. (Art.17(1)).

OUG nr. 44/2008 privind desfășurarea activităților economice de către persoanele fizice autorizate, întreprinderile individuale și întreprinderile familiale

Persoanele fizice au obligația să solicite oficiului registrului comerțului de pe lângă tribunal înregistrarea și autorizarea funcționării, cu respectarea prevederilor prezentei ordonanțe de urgență, înainte de începerea activității economice. (Art.7(1)).

Legea societatilor nr.31/1990

Operatorii economici cu scop lucrativ, pentru toate categoriile de servicii sociale organizate în condițiile legii, cu excepția celor prevăzute la art. 73 alin. (2) lit. a) și c), la art. 77 și 78, precum și a celor prevăzute la art. 83 din Legea nr. 292/2011 privind asistența socială.

**7.1.** **Autorizare / acreditare furnizori de servicii medicale la domiciliu**

Pentru serviciile medicale la domiciliu, furnizorii de servicii se autorizează de catre MS.

În cazul serviciilor sociale de îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice, furnizorii de servicii sociale se acreditează apoi serviciile sociale înființate se licențiază de către MMSS, Direcția Politici Servicii Sociale.

**Conform** **Ordinului 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu,** autorizația de funcționare în domeniul îngrijirilor la domiciliu pentru persoanele juridice și, respectiv, autorizația de liberă practică în domeniul îngrijirilor la domiciliu pentru persoanele fizice, vor fi vizate anual și vor fi reînnoite la interval de 3 ani.

Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare

În ceea ce privește furnizorii de servicii sociale de îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice, acestea sunt acreditate de MMSS - Direcția Politici Servicii Sociale.

Legea nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale

* Art. 8 (1) Furnizorii pot acorda servicii sociale numai dacă deţin certificat de acreditare.
* Art. 9 (1) Criteriile şi standardele minime care stau la baza acreditării furnizorilor, respectiv a licenţierii serviciilor sociale acordate de către aceştia se aprobă prin ordin al ministrului muncii şi justiţiei sociale\*) şi, după caz, al conducătorilor autorităţilor administraţiei publice centrale care au atribuţii de reglementare şi/sau de organizare a anumitor tipuri de servicii sociale.

Ordinul MMFPSPV nr. 424/2014 privind aprobarea criteriilor specifice care stau la baza acreditării furnizorilor de servicii sociale

Furnizorii respectă următoarele criterii:

1. persoane fizice sau juridice, de drept public ori privat, prevăzute la art. 37 din Legea asistenței sociale nr. 292/2011;
2. sunt înființați în condițiile legii;
3. au atribuții stabilite de lege pentru înființarea, acordarea și finanțarea serviciilor sociale sau au prevăzute în actul de înființare/statut activități privind serviciile sociale;
4. durata de funcționare a furnizorului, conform actului de înființare, permite dezvoltarea serviciilor sociale pe care intenționează să le înființeze;
5. au capacitate managerială pentru înființarea și furnizarea de servicii sociale;
6. serviciile sociale acordate de furnizori sunt definite la art. 27 din Legea nr. 292/2011 și sunt organizate în condițiile legii.

În cazul furnizorilor care, la data depunerii cererii de acreditare, nu au înființate servicii sociale, pe lângă criteriile de mai sus, aceștia trebuie să se angajeze ca, în termen de maximum 3 ani de la data eliberării certificatului de acreditare, să înființeze și să acorde servicii sociale în condițiile legii.

**Criteriile de autorizare a furnizorilor de ingrijiri paliative la domiciliu**

MS aprobă / avizează, după caz, unităţile sanitare cu paturi, publice sau private, furnizoare de îngrijiri paliative.

DSP judeţene şi a municipiului Bucureşti autorizează furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, cu personalitate juridică, publici sau privaţi, care îndeplinesc următoarele condiţii:

1. existenţa în actul constitutiv şi/sau statut a menţiunilor exprese privind furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu ca obiect de activitate sau alte prevederi legale pentru spitalele publice, care permit înfiinţarea de servicii de îngrijiri la domiciliu;
2. existenţa unei echipe interdisciplinare capabile să susţină activităţile de îngrijiri paliative la domiciliu, formată din categorii de personal calificat conform art. 3 din anexa nr. 4 la ordin;
3. existenţa în echipa multidisciplinară a unui kinetoterapeut în cazul furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu care deservesc pacienţi copii;
4. dovada deţinerii unui sediu cu funcţia de dispecerat pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

Autorizarea furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face în baza declaraţiei pe propria răspundere.

Documentele necesare în vederea autorizării furnizorilor care asigură îngrijirile paliative la domiciliu sunt, după caz, următoarele:

1. formular pentru solicitarea autorizării;
2. actul constitutiv şi/sau statutul;
3. documente care atestă dobândirea personalităţii juridice;
4. dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor, după caz;
5. documente privind deţinerea sediului;
6. regulamentul de organizare şi funcţionare şi organigrama serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu;
7. documente privind codul fiscal, contul în bancă, certificat de înregistrare fiscală;
8. autorizaţia sanitară de funcţionare eliberată de direcţia de sănătate publică judeţeană, respectiv a municipiului Bucureşti;
9. dovada pregătirii profesionale în domeniul îngrijirilor paliative pentru personalul clinic angajat;
10. documente de liberă practică pentru personalul angajat pentru asigurarea îngrijiri paliative la domiciliu;
11. lista dotărilor existente.

**7.2. Licențierea serviciilor sociale**

Legea nr.197/2012 privind asigurarea calităţii în domeniul serviciilor sociale

Serviciile sociale pot funcționa pe teritoriul României numai dacă dețin licență de funcționare.

Licențierea serviciilor sociale se realizează la cererea furnizorului, pentru fiecare serviciu social în parte.

Licențierea serviciilor sociale se realizează în două etape:

* prin verificarea de către compartimentul de acreditare a documentelor justificative şi a fişei de autoevaluare completată, precum şi a datelor şi informaţiilor din cererea de acreditare a serviciului social, în baza cărora se eliberează licenţa provizorie. Prin licenţa provizorie se autorizează funcţionarea serviciului social pe o perioadă de 1 an.
* prin verificarea în teren de către inspectorii sociali a îndeplinirii standardelor minime, în baza cărora se eliberează licenţa de funcţionare. Inspectorii sociali au în vedere constatarea condiţiilor legale de funcţionare şi a conformităţii datelor prezentate în documentele justificative şi în fişa de autoevaluare cu realitatea din teren. Prin licenţa de funcţionare se autorizează serviciul social să funcţioneze pe o perioadă de 5 ani

Standardele de calitate în domeniul serviciilor sociale reprezintă un ansamblu de norme ce conţin criterii măsurabile de structură, de proces şi de rezultate, în baza cărora se stabileşte nivelul de calitate a serviciului social. Standardele minime de calitate, reprezintă cerințele minimale privind eficacitatea și eficiența activităților desfășurate în raport cu nevoile beneficiarilor, obiectivele asumate, rezultatele așteptate. Standardele minime de calitate, denumite în continuare standarde minime, constituie nivelul de referință a calității serviciilor sociale, iar îndeplinirea acestora este obligatorie și se atestă prin licență de funcționare.

Licența de funcționare pentru servicii sociale se eliberează, în funcție de categoria de beneficiari cărora li se adresează, de către Direcția Politici Servicii Sociale din cadrul MMSS de către Autoritatea Națională Pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii si Adopții, respectiv de către Agenţia Naţională pentru Egalitatea de Şanse între Femei şi Bărbaţi.

Furnizorul are obligația de a solicita licențierea inițială ori eliberarea unei noi licențe de funcționare a serviciului social cu cel puțin 60 de zile înainte de darea în funcțiune a serviciului social sau, după caz, de la expirarea licenței de funcționare.

Monitorizarea şi controlul calităţii în domeniul serviciilor sociale se realizează de inspectorii sociali, din cadrul Agențiilor teritoriale subordonate Agenţiei Naţionale pentru Plăţi şi Inspecţie Socială.

**7.3. Organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu**

**Ordinului 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu**, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii. Pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoane juridice sau fizice autorizate de MS pentru a presta aceste servicii.

Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoane cu afecţiuni acute şi/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependenţă şi o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici.

Lista îngrijirilor la domiciliu care pot fi asigurate de persoane juridice şi fizice autorizate de Ministerul Sănătăţii se regaseste in Anexa nr.1 la ordin.

Existenţa unei echipe capabile să susţină activităţile cuprinse în pachetul de servicii, formată din persoane care deţin diplomă (certificat de absolvire) şi autorizaţie de liberă practică, obţinute în condiţiile legii; existenţa fişei postului pentru fiecare persoană angajată, cu precizarea nivelului de pregătire, a competenţelor şi a atribuţiilor. In plus la servicii apare si kinetoterapia individuală, logopedia individuală, examinare şi evaluare psihologică – de unde tragem concluzia ca si acestia pot face pare din echipa.

Hotărârea de Guvern nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale

Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a serviciului social furnizat la domiciliu (Anexa 3) menționează că beneficiarii serviciului pot fi: persoane dependente care, ca urmare a pierderii autonomiei funcționale din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ pentru a realiza activitățile uzuale ale vieții de zi cu zi, precum și copiii separați temporar sau definitiv de părinții lor pentru care s-a stabilit, în condițiile legii, plasamentul la rude/familii/persoane, precum și la asistentul maternal profesionist.

Potrivit art. 31 alin. (2) din Legea nr. 292/2011, cu modificările ulterioare, situația de dependență este o consecință a bolii, traumei și dizabilității și poate fi exacerbată de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate. Gradul de dependență se stabilește potrivit legii.

Potrivit art. 32 din Legea nr. 292/2011, cu modificările ulterioare, ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de activități: a) activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare; b) activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare.

Conform Anexei nr. 3 din HG. nr. 867/2015, personalul de specialitate poate fi:

a) asistent maternal (531201);

b) asistent medical generalist (325901), soră medicală (322102);

c) asistent pentru îngrijirea persoanelor vârstnice (263509);

d) asistent personal al persoanei cu handicap grav (532203);

e) litera a fost abrogată prin Hotărâre 584/2016.

f) asistent social (263501);

g) asistent social cu competență în sănătatea mintală (263505);

h) fiziokinetoterapeut (226401);

i) îngrijitor bătrâni la domiciliu (532201);

j) îngrijitor bolnavi la domiciliu (532202);

k) îngrijitor la domiciliu (532204);

l) interpret în limbaj mimico-gestual (235202);

m) kinetoterapeut (226405);

n) lucrător social pentru persoane cu probleme de dependență (341203);

o) medic de medicină de familie (221108);

p) pedagog social (341202);

q) profesor de cultură fizică medicală (226406);

r) psiholog (263411);

s) psiholog în specialitatea consiliere psihologică (263402);

ș) psiholog în specialitatea psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională

(263407);

t) psiholog în specialitatea psihopedagogie specială (263408);

ț) psiholog în specialitatea psihoterapie (263403);

u) psihopedagog (263412);

v) specialist în evaluarea vocațională a persoanelor cu dizabilități (263506);

w) tehnician asistență social (341201);

x) terapeut ocupațional (263419).

y) lucrător în limbaj mimico-gestual (516913);

z) alt personal de specialitate în asistență socială.

Finanțarea cheltuielilor centrului se asigură, în condițiile legii, din următoarele surse:

a) contribuția persoanelor beneficiare sau a întreținătorilor acestora, după caz;

b) bugetul local al județului, respectiv al municipiului București;

c) bugetele locale ale comunelor, orașelor și municipiilor, respectiv bugetele locale ale

sectoarelor municipiului București;

d) bugetul de stat;

e) donații, sponsorizări sau alte contribuții din partea persoanelor fizice ori juridice din

țară și din străinătate;

f) fonduri externe rambursabile și nerambursabile;

g) alte surse de finanțare, în conformitate cu legislația în vigoare.

Hotărârea de Guvern nr. 1317/2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice

În vederea desfășurării activităților de voluntariat în furnizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, se încheie, în condițiile legii, un contract de voluntariat între voluntar și organizația gazdă, astfel cum este definită la art. 3 din **Legea 78/2014 privind reglementarea activităţii de voluntariat în România**, denumită în continuare furnizor de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice.

**8. Calitatea serviciilor medicale**

**8.1 Scurt istoric al conceptului de calitate a serviciilor de sănătate**

[Istoricul calității în sănătate este marcat de evoluția conceptului de sănătate publică, care se referă la „știința și arta de a preveni bolile, prelungirea vieții și îmbunătățirea calității vieții prin eforturi organizate și informare corectă a societății, organizațiilor, comunităților și oamenilor”](https://ro.wikipedia.org/wiki/S%C4%83n%C4%83tate_Public%C4%83). Sănătatea publică are o istorie lungă și complexă, care se întinde pe mai multe epoci și civilizații. Încă din antichitate, oamenii au căutat să îmbunătățească sănătatea și să lupte împotriva bolilor la nivel de populație, prin stabilirea unor standarde, norme sau reguli. În evul mediu, sănătatea publică era asigurată prin intermediul breslelor și al meșteșugarilor, care controlau producția și comercializarea bunurilor. În epoca modernă, sănătatea publică a cunoscut o dezvoltare rapidă odată cu apariția industrializării și a producției în masă, care au impus necesitatea unor metode științifice și statistice de control al calității. [În epoca contemporană, sănătatea publică a devenit un factor strategic pentru competitivitatea și performanța organizațiilor, care au adoptat diferite modele și sisteme de management al calității](https://ro.wikipedia.org/wiki/S%C4%83n%C4%83tate_Public%C4%83).

În România, istoricul calității în sănătate este legat de evoluția sistemului de sănătate și de reformele legislative și instituționale care au avut loc după 1989. Un moment important a fost adoptarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care a introdus conceptul de asigurare a calității în sistemul de sănătate și a prevăzut crearea unor structuri responsabile de acest domeniu, cum ar fi Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor (CONAS) sau Colegiul Medicilor din România (CMR). Un alt moment important a fost adoptarea Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, care a modificat și completat Legea nr. [95/2006 și a stabilit principiile, obiectivele, instrumentele și metodologia de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9789730135978_rum.pdf?sequence=20).

Calitatea in sanatate este rezultatul asteptarilor pacientilor. Una din definitiile de bază a calitatii în sanătate este data de Donabediant care descrie calitatea îngrijirilor de sănătate drept "acele îngrijiri care se aşteaptă să maximizeze dimensiunea bunăstării pacienţilor, luând în considerare echilibrul câştigurilor şi pierderilor aşteptate, care apar în toate etapele procesului îngrijirilor de sănătate" (DONABEDIAN, 1978).

Atât pentru practica medicală,cât şipentrumanagementulsanitaraufost definite nouă dimensiuni ale calităţii, ce formează baza furnizării serviciilor medicale:

* competenţa profesională -cunoştinţele/abilităţile/performanţa echipei medicale, ale managerilor şi ale echipei de suport;
* accesibilitatea furnizareaserviciilor desănătatenu este restricţionatăde bariere geografice, sociale, culturale, organizaţionale sau economice;
* eficacitatea procedurile şi tratamentul aplicat conduc la obţinerea rezultatelor dorite;
* eficienţa -acordarea îngrijirilor necesare, corespunzătoare, la costurile cele mai mici;
* relaţiile interpersonale-interacţiunea dintre furnizori, dintre furnizori şipacienţi (clienţi), dintre manageri, furnizori şi plătitori, precum şi între echipa de îngrijiri şi comunitate;
* continuitatea -pacientul beneficiază de un set complet de servicii de sănătatede care are nevoie, într-o ordine bine determinată, fără întrerupere, sau repetarea procedurilor de diagnostic şi tratament;
* siguranţa risc minim pentru pacient de complicaţii sau efecte adverse ale tratamentului ori alte pericole legate de furnizarea serviciilor de sănătate;
* infrastructura fizică şi confortul curăţenie, confort, intimitate şi alte aspecte importante pentru pacienţi;
* alegerea pe cât este posibil, clientul alegefurnizorul,tipul de asigurare sau tratamentul.

Punctele cheie în evoluția managementului calității în sănătate:

1854 , Florence Nightingale în Anglia, Quality improvement documentation

1861, Barton , SUA, Sanitary commissions,

1862,1918, Pasteur, Blue, France, SUA, Improvisations and innovation

1879, Chamberland, France, Sterilization

1895,1056,1960, Rontger,Safar, Laerdal, Germany, SUA, France, Norway, Tehnology

1910, Flexter, SUA, Education

1881–1955, Pasteur, von Behring, Kitasato, Descombey, Salk, Kendrick, Eldering, Pittman, Fleming, France, Germany, Japan, USA, England, Pharmaceuticals

1883–1945, Bismark, Beveridge, Kaiser, Germany, England, USA, Healthcare financing

1908, Ford, USA, The role of industry and mass production

Se poate spune ca preocuparea pentru a acorda servicii de sanătate de calitate a început în anul 1854 in timpul războiului din Crimeea. Declanșându-se epidemie de holera în rândul soldaților britanici, guvernul britanic a trimis un grup de asistente medicale care să o însoțească pe Florence Nightingale pentru a îngriji bolnavii, actiunile lor au dus la scăderea mortalității de la 42,7% la 2,2%.

Primele îmbunatățiri în acordarea îngrijirilor de sănătate, implementate de Florence Nightingale, au fost:

* reducerea supraaglomerării,
* asigurarea ventilației
* îndepărtarea cailor de cavalerie care erau adăpostiți la subsolul spitalelor,
* dezinfecția canalizărilor și a latrinelor cu cărbune de turbă (NIGHTINGALE, 1979)

Florence Nightingale a realizat înregistrari meticuloase care au dus la măsurarea statistică a calității din prezent si a realizat colectarea, tabularea, interpretarea si afișarea grafică a statisticilor descriptive Florence Nightingale (Meyer B.,C. , Bishop D.,S.,, 2007) pentru acest lucru a devenit prima femeie aleasă în Societatea statistică ( 1860), în 1883, Regina Victoria i-a acordat Crucea Roșie Regală, în 1907 fiind prima femeie ce a primit Ordinul de Merit Britanic.

În 1861 în timpul războiului civil în America a fost fondată Comisia Sanitară care bazându-se pe lecțiile invățate in Crimeea promovează condițiile curate și sănătoase în lagărele și spitalele Uniunii Armate.

Ca voluntar Clara Barton a supravegheat îngrijirile se sănătate a soldaților în statul Virginia pentru a ajuta la îndeplinirea obiectivelor Comisiei Sanitare. Dr. Elizabeth Blackwell (H., 2010)a ajutat-o pe Clara Barton , aceasta a lucrat cu Florence Nightingale în Anglia și a fost prima femeie care a absolvit școala de medicină din S.U.A.

Louise Pasteur (Bordenave, 2003)este identificat ca unul dintre „cei mai mari binefăcători ai umanității din toate timpurile”. Acesta a descoperit că boala este cauzată de microorganism sau microbi ( Cavaillon,J.-M., Legout, S.,, 2019), care ulterior a fost cunoscută ca teoria germenilor . Descoperirea existenței germenilor și a microbilor a dus la implementarea practicilor antiseptice de catre toti medicii si spitale din Europa și apoi din SUA. Tot cercetările lui Louis Pasteur au dus la ”pasteurizare”, utilizând căldura pentru a distruge microbii din alimente.

Chirurgul dr. Rupert Blue (Dr.BLUE, 1948), a adus la îmbunătățirea calității sănătății in America. În timpul anului 1918 pandemia de gripă a ucis 50 milioane de oameni, adică 1/5 din populatia Terrei . Dr. Rupert Blue a instituit carantina ( pentru navele care intrau în tară), examene medicale obligatorii pentru toți emigranții, buletine informative care comunicau săptămânal starea ultimelor focare. Tot dr. Rupert Blue a fost nevoit să rezolve problemele apărute în timpul focarelor de poliemielită, variola, febră tifoidă și ciuma bubonică. Chirurgul a luat măsuri pentru eradicarea șobolanilor și controlul țânțarilor în timpul deschiderii Canalului Panama.

Dr. Charles Chamberland, medic și biolog francez în 1879, a inventat prototipul timpuriu al autoclavului modern, având la bază cercetările fizicianului britanic dr. Denis Papin si cercetările efectuate de Louise Pasteur, cu care a colaborat des. Deasemenea acesta a dus la dezvoltarea Chamberland Filter și apoi a proiectat Autoclavele Chamberland.

Alt moment important în istoria calității sănătății este descoperirea razelor X , în 1895, de către Wilhelm Conrant Rontgen (Assmus,A. Line, B., 1995), acestea a revoluționat capacitatea de diagnostic și în cele din urma tratarea tumorilor canceroase și a câștigat Premiul Nobel pentru fizică în 1901.

Dezvoltarea Terapiei Intensivei a fost făcută de către dr. Peter Safar (Delooz, 2003) în 1956, descoperirile lui a dus la dezvoltarea tehnicii de resuscitare , CRP , care a fost acceptată la nivel mondial, iar Asmund Laerdal (Tjomsland,N., Peter Baskett, P.,, 2002) a dezvoltat primul manechin realist pentru antrenamentul CRP.

În 1950 dr. Safar a convins Departamantul de Pompieri din orașul Baltimore să utilizeze ambulanțe complet echipate, cu personal medical specializați în urgențe. Tot dr. Safar a inființat prima unitate de terapie intensive fiind considerat cel mai mare specialist în domeniul cercetării de resuscitare.

Invățământul în domeniul medical a debutat în 1765 la College of Philadelphia ( în acest moment fiind conoscută ca Universitatea din Pennsylvania), aceasta fiind co-fondată de Benjamin Franklin.

Abraham Flexner a realizat reforma invatământului medical în urma cercetărilor privind starea educației medicale în SUA (Huston, 1972). Îmbunătățirile propuse de el au fost urmate de teste standardizate pentru admiterea în școlile de medicină ( MCAT dezvoltat in 1028).

Insă unele din cele mai mari descoperiri care au dus la creșterea calității asistenței medicale, au fost descoperirea vaccinurilor intre anii 1881 și 1955:

Vaccinul Antrax descoperit în 1881 de catre Louis Pasteur,

Vaccinul Antirabic descoperit 1885 de către Louis Pasteur,

Vaccinul Difteric descoprit de Emil von Behring și Shibasaburo Kitasato în 1891,

Vaccinul Tetanos descoperit de Pierre Descombey în 1924,

Vaccinul Polio descoperit de Jonas Salk în 1955,

Vaccinul Pertussis descoperit de Peart Kendrick, Grace Eldering ți Margaret Pittman în 1949,

Penicilina ”drogul minunilor” descoperita în 1928 de către Sir Alexander Fleming în Anglia a dus la salvarea multor vieți omenești.

Insă imbunătățirea calitații serviciilor medicale au fost facută și de faptul ca au aparut asigurarile de sănătate , in secolele XIX și XX , în diferite țări.

În Germania, cancelarul Otto Von Bismarck a conceput un program de asigurări medicale de stat în 1883, Otto Von Bismarck fiind cunoscut ca tatăl asistenței medicale în Germania (Rotaru, 2013)

În Anglia, William Beveridge, responsabilul ”Raportului Beveridge” din 1942 , acesta dădea opțiuni pentru reconstrucția sistemului sanitar britanic ceia ce a dus la inființarea serviciului national de sănătate în 1948.

SUA a avut parte de initiative voluntare, religioase și caritabile pentru persoanele batrâne si cele sărace. Populația care avea bani aveau acces facil la ingrijiri de sănătate de calitate.

Henry Kaiser, industriaș American, a conceput un plan de sănătate pentru muncitorii lui cu un program de preplată. Aceste programme preplătite au evoluat în Kaiser Permanente în anul 1945, în Oakland, California. Sistemul de asigurări de sănatate din SUA, s-a dezvoltat neuniform, descentralizat și are lacune și în prezent.

Revenind la semnificația calității asistenței medicale, merită menționat acest lucru diferitele părți interesate (medici, pacienți, manageri, plătitori și societate) definesc calitatea îngrijirii în mod diferit. Prin urmare, având în vedere toate componentele enumerate mai sus, atributele relevante în definiția calității asistenței medicale sunt: performanța tehnică, gestionarea relațiilor interumane, facilitățile de îngrijire, accesibilitatea, capacitatea de răspuns la preferințele pacienților, echitatea, eficiența și eficiența costurilor. (Pentescu, 2014)

De asemenea Donabedian, consideră că în evaluarea calității trebuie să se porneasca de la o definire conceptuală și operațională a calității îngrijirilor medicale, afirmă : ”calitatea îngrijirii sănătății este o noțiune remarcabil de dificil de definit” (Donabedian, 2005, p.692)

Îngrijirile de sănătate așteptate să fie primite de pacientii din zilele noastre sunt complexe caci acesti pacienții sunt ”pacienți informati”. Ei cunosc, datorită metodelor de comunicare avansate, alternativele oferite și nivelul în crestere al standardelor serviciilor medicale, astfel acestia au asteptari mai mari. Piata serviciilor medicale este mult mai diversa, tehnologia mult mai avansată si în continua schimbare iar distantele sunt mult mai usor de acoperit, deasemenea acoperirea acestor costuri generate de îngrijirile din sănătate sunt mai diverse și sunt mai accesibile unei parti mai mari a populatiei lumii. Statele cu cele mai bune sisteme de sanatate au acoperite prin sisteme de asigurare 100% din nevoile de ingrijire a sănătății și datorită creșterii nivelului de buget alocate cheltuelilor destinate sănătății, accesul la ingrijiri de sănătate este foarte bun și deasemenea calitate acestor ingrijiri de sănătate este foarte ridicată.

**8.2. Managementul calitatii în sănătate**

Managementul calității în sănătate determină asigurarea și îmbunătățirea continuă, la nivel național, a calității serviciilor de sănătate și a siguranței asistenței medicale, având în centrul preocupării pacientul și, prin standarde adoptate cu consensul părților interesate, implementarea celor mai bune practici medicale și manageriale.

Realizarea acestei misiuni urmărește îmbunătățirea cadrului organizatoric, modificarea culturii organizațiilor din sănătate, prin acțiuni de promovare a conceptului de calitate în sănătate, de susținere a sistemului de sănătate prin determinarea aderării la acest concept a instituțiilor responsabile în domeniul sănătății, a societății civile, a instituțiilor academice și a societăților științifice medicale și a tuturor unităților sanitare, prin stimularea unităților sanitare să exceleze în furnizarea asistenței medicale sigure, eficiente și de cea mai înaltă calitate precum și măsurarea calității în cadrul unui proces organizat de evaluare externă și acreditarea unităților sanitare.

Scopul implementării conceptelor de calitate în sănătate este îmbunătățirea cadrului organizatoric și de reglementare națională pentru asigurarea serviciilor de sănătate conforme cu așteptările și exigențele populației, ale profesioniștilor din sănătate și ale autorităților.

O particularitate a calității în sănătate este aceea că măsurile privind calitatea sunt aplicate nu doar de către specialiștii în managementul calității în sănătate (și responsabilii în managementul calității), ci și de către cei implicați în activitățile derulate, cadre medicale sau de îngrijire (medici, asistenți medicali, personal de îngrijire).

Un rol aparte îl are managementul unităților de asistență medicală. Acesta trebuie să înțeleagă și să cunoască elementele specifice calității în sănătate, conceptele guvernanței clinice, mecanismele și instrumentele de lucru care conduc la creșterea calității serviciilor de sănătate și a siguranței și satisfacției pacienților și personalului.

Aspecte ale calităţii serviciilor medicale

Având în vedere cele trei dimensiuni fundamentale ale conceptului de calitate ,calitatea îngrijirilor medicale are următoarele componente: calitatea profesională, satisfacţia pacientului şi managementul calităţii totale.

Calitatea îngrijirilor medicale. Calitatea tehnică/profesională

Calitatea tehnică a îngrijirilor medicale este raportată de obicei la competenţa tehnică, respectarea protocoalelor clinice şi a ghidurilor de practică, folosirea măsurilor de control al infecţiilor, informare şi consiliere, integrarea serviciilor de sănătate, management eficient.

Existenţa acesteia conduce către un mediu de muncă eficace şi eficient, rezultate pozitive ale tratamentului, urmate de satisfacţia pacientului şi, nu în ultimul rând, de satisfacţia furnizorului..

Gradul satisfacţiei practicianului este legat de calitatea actului medical, dar derivă şi din condiţiile în care îşi desfăşoară munca, iar existenţa satisfacţiei duce la creşterea performanţei. În concluzie,acesta este un factor cauza la nivelului calităţii îngrijirilor de sănătate, deci poate fi folosit drept criteriu de evaluare a calităţii acestora.

Calitatea interpersonală/percepută de pacient/client

In mod obişnuit, pacienţii nu posedă abilitatea sau cunoştinţele necesare evaluării competenţei tehnice a furnizorului sau felului în care au fost folosite măsurile de control al infecţiilor, dar ştiu cum se simt, cum au fost trataţi şi dacă nevoile, aşteptările le-au fost îndeplinite.

Ei se raportează adeseori la posibilitatea de a pune întrebări, şi pot aprecia un serviciu medical ca fiind convenabil sau nu.

Existenţa acestei dimensiuni a calităţii conduce către: comportamente pozitive din partea pacientului (acceptarea recomandărilor, complianţă crescută la tratament, continuitatea tratamentului, scăderea ratei abandonării tratamentului etc),imagine pozitivă a serviciului de îngrijire şi,cel mai important, satisfacţia clientului/pacientului.

Uneori, clientul aşteaptă de la medic mai mult decât acesta poate da. Alteori, clientul are o vedere rigidă şi tinde să opună rezistenţă la ceea ce el consideră drept o mixtiune în probleme personale.De aceea,percepţia pacientului asupra sănătăţii este mai degrabă o consecinţă decât un atribut al îngrijirilor de sănătate.

Privită de specialişti, satisfacţia pacientului este un element al sănătăţii psihologice care influenţează rezultatele îngrijirilor şi impactul lor. Un pacient satisfăcut tinde săcoopereze cu medicul şi să accepte mai uşor recomandările acestuia.

Satisfacţia pacientului influenţează accesul la serviciile medicale-un client satisfăcut va reveni la medicul respectiv sau la unitatea sanitară respectivă. Ne putem aştepta însă ca rezultatele evaluării satisfacţiei pacientului să fie diferite de cele ale evaluării profesioniştilor.

Aceasta se întâmplă deoarece pacientul se axează în special pe relaţiile interpersonale pe care le percepe şi le poate evalua mai uşor, deşi sunt subiective, spre deosebire de aspectele tehnice sau de specialitate pe carele poate evalua mai greu.

In concluzie, evaluarea satisfacţiei pacientului reprezintă felul în care furnizorul vine în întâmpinarea valorilor şi aşteptărilor pacienţilor.

Calitatea totală

Managementul Calităţii Totale (MCT), a treia dimensiune a calităţii, nueste un concept nou,dar nu a fost încă pe deplin dezvoltat în sfera serviciilormedicale. Prin „calitate totală" se înţelege atât calitatea serviciilor cât şi calitatea sistemului. Managementul calităţii totale extinde conceptul managementului calităţii,înglobând atât participarea cât şi motivarea tuturor membrilor organizaţiei.

Managementul calităţii totale este un model organizaţional care implică participare generală în vederea planificării şiimplementării unui proces de îmbunătăţire continuă a calităţii ce depăşeşte aşteptările clienţilor.

Acest model pleacă de la premisa că 90% din probleme sunt probleme legate de proces, nu de personal. Cele trei principii ale calităţii totale sunt:

* focalizarea pe client;
* îmbunătăţirea continuă acalităţii;
* lucrul în echipă.

Modelul calităţii

După apariţia conceptului de calitate totală,Donabedian a descris un nou model tridimensional al calităţii -modelul structură –proces -rezultat, în acelaşi timp dând şi definiţia următoarelor componente:

* „structură" -caracteristicile relativ stabile ale furnizoruluide îngrijiri, ale tehnicilor, instrumentelor şi resurselor pe care le are la dispoziţie, caracteristicile organizaţiei şi infrastructurii unde munceşte;
* „proces"-un set de activităţi care au loc în cadrul stabilit şi între furnizor şipacient; elementele proceselor de îngrijiri de sănătate presupun calitate doar în momentul în care a fost stabilită o relaţie cu starea desănătate dorită.
* „rezultat"-schimbarea în starea sănătăţii prezente şi viitoare a pacientului, care poate fi atribuită îngrijirilor desănătate acordate.

Modele de îmbunătăţire a calităţii

Există patru principii importante care stau la baza procesului de îmbunătăţire a calităţii,rezumate în:

* focalizarea pe necesităţile/aşteptările pacientului (clientului)îmbunătăţirea calităţii începe cu definirea noţiunii de client şi înţelegerea necesităţilor/ aşteptărilor acestuia; în cadrul noţiunii de "client", fiecare angajat joacă roluri complementare, în servirea clienţilor şi în rolul de client pe careel însuşi îlare în cadrul organizaţiei;
* focalizarea pe sisteme şi procese problemele apărute în domeniul calităţii se datorează adeseori deficienţelor existente în cadrul proceselor derulate în cadrul sistemului, sau eşecului în coordonarea proceselor aflate în interrelaţie; dacă procesele sunt deficitare, rezultatele vor fi pe măsură; îmbunătăţirea calităţii necesită înţelegerea proceselor relevante şi a nivelurilor acceptabile de variaţie în cadrul acestora;
* focalizarea pecrearea unui sistem de date care să stea la baza luării deciziei îmbunătăţirea proceselor necesită existenţa informaţiei privitoare la modul de funcţionare; trebuie stabilit un sistem obiectivde colectare a datelorrelevante pentru realizarea analizei;
* focalizarea pe participare şi lucrul în echipă în îmbunătăţirea calităţii pentru îmbunătăţirea calităţii, angajaţii trebuie să participe în procesele de schimbare iniţiate la nivelul sistemelor şi al proceselor. In procesul de îmbunătăţire a calităţii există mai multe modele care pot fi utilizate de manageri. Dintre cele mai frecvent utilizate sunt: ciclul PDCA (Shewhart şi Deming), modelul în 10 paşi (JointCommission of Accreditation), modelul FADE (Organizational Dynamics).

Standardizarea calităţii -Definiţie

Standardelere prezintă nivelul de performanţă observabil, realizabil, măsurabil, agreat de profesionişti şi corespunzător populaţiei căreia i se adresează (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization).

Standardele descriu sisteme, funcţii, procese şi activităţi, stabilind ţinte de atins pentru furnizorul de servicii medicale. Ele prezintă cea mai bună succesiune a acţiunilor în cadrul actului medical, stau la baza creării ghidurilor de practică medicală şi sunt concepute de către comisii de experţi.

In mod normal, standardele reprezintă aşteptările pacienţilor, furnizorilor, managerilor, terţului plătitor şi organismelor guvernamentale, precizând nivelele de structură şi performanţă aşteptate din partea furnizorilor.

Caracteristicile unui bun standard sunt:

* să fie măsurabil şi monitorizabil, pentru a se putea şti în ce măsură se atinge obiectivul propus; nu este necesar să fie măsurabil numeric, ci să se poată evalua dacă obiectivul propus a fost îndeplinit sau nu;
* să fie exprimat clar, pentru a nu naşte confuzii dacă a fost îndeplinitsau nu;

să fie realistic şi realizabil cu resursele existente; dacă standardul stabilit iniţial nu coincide cu ce se cere de către plătitor, acest standard poate fi treptat îmbunătăţit (ex. diminuarea treptată a timpului de aşteptare a pacienţilor la serviciul de radiologie);

* să constituie un indicator al calităţii,nu numai uşor de monitorizat dar şi util;
* să fie concordant cu valorile şi scopurile organizaţiei;
* să fie practic şi aplicabil, uşor de evaluat. Pentru buna funcţionare a unui spital este nevoie de un set minim de standarde care să definească un nivel minim acceptabil al furnizării de servicii de sănătate.

De aceea, ele capătă valoare doar puse în practică. Standardele ajută la stabilirea reperului unde se află organizaţia din punctul de vedere al calităţii şi al îmbunătăţirii acesteia, şi la atingerea scopului propus utilizând resursele existente.

Criteriile

Pentru realizarea şi măsurarea standardelor se elaborează criterii care reprezintă elemente descriptive ale performanţei, comportamentului, circumstanţelor sau stării clinice (Joint Commissionof Accreditation of Health Care Organization).

Criteriul poate fi o variabilă sau un număr stabilit drept indicator al calităţii. Caracteristicile unui criteriu:

* să fie măsurabil,concret;
* să fie specific standardului pe care îl ilustrează;
* să realizeze o descriere clară a resurselor, comportamentului, procesului cerut sau dorit;
* să fie uşor de identificat;
* să fie relevant pentru nivelul de performanţă descris;
* să fie realist, posibildeatins;
* să fie clar, uşor de înţeles;
* să suporte o eventuală modificare periodică.

Conform modelului Donabedian, criteriile se clasifică în criterii de:

* structură (legate de clădiri, mediu, infrastructură, organizaţie, servicii de suport, farmacie, laborator, tehnologie, resurse umane, expertiză, abilităţi ale personalului, proceduri informaţionale);
* proces (legate de proceduri de prevenţie, diagnostic şi tratament, documentare, relaţie medic-pacient etc);
* rezultat (rate infecţii nozocomiale, mortalitate, fatalitate, raportate la o anumită procedură etc).

Măsurarea standardelor şi stabilirea faptului că au fost atinse, sau nu, se face prin mai multe metode, stabilite tot de experţii care au creat standardele, cele mai frecvente metode fiind controlul înregistrărilor, observarea directă, ancheta pacienţilor.

Faptul că nu există odefinire universal acceptată a calităţii, că standardizarea pune accentul pe documentaţie, uneori creând un sistem birocratic, şi faptul că deseori asigurarea complianţei personalului la sistemul calităţii este lăsată integral la latitudinea conducerii, creează puncte slabe în relaţiile terţului plătitor cu spitalele. Aceste puncte vor putea fi depăşite în momentul în care conducerea spitalelor va înţelege obligativitatea standardizării şi necesitatea introducerii sistemelor de calitate.

Ghidurile de practică medicală

Realizarea de standarde privind modul de acordare a serviciilor medicale este unul dintre subiectele cele mai disputate în momentul actual peste tot în lume. O cauză importantă a acestui fapt este reprezentată de lipsa de consens între specialişti, privind indicaţiile corespunzătoare pentru multe forme de conduită terapeutică. În acestecircumstanţe, au apărut ghidurile de practică medicală.

Prin definiţie, ghidurile de practică medicală sunt: "specificaţii standardizate pentru îngrijirea medicală, dezvoltate printr-un proces oficial, care încorporează cele mai bune dovezi ştiinţifice ale eficacităţii cu opinia experţilor".Dezvoltarea ghidurilor de practică se bazează nu numai pe opiniile experţilor din domeniu, dar şi pe studiile existente în literatura de specialitate, de obicei fiind bazate pe dovezi.

Scopul existenţei ghidurilor de practică este instituirea unei practici medicale de calitate şi crearea unui fundament etic pentru practicieni.

Ghidurile de practică sunt folosite ca instrument pentru îmbunătăţirea calităţii actului medical.

Apar frecvent probleme datorită unor ghiduri de practică de calitate îndoielnică sau care conţin recomandări contradictorii. Astfel, apare necesitatea unei abordări comune, valide, clare în vederea dezvoltării ghidurilor de practică.

**8.2.1. Context național**

Organismele naționale care au atribuții în legătură cu calitatea în sănătate și cu managementul calității, alături de ANMCS, sunt Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de sănătate, OPSNAJ și, la nivel județean sau al municipiului București, Casele de asigurări de sănătate și Direcțiile de sănătate publică.

Atât conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cât și conform Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, ANMCS este instutuția responsabilă la nivel național de dezvoltarea standardelor de calitate pentru unitățile sanitare, de evaluarea și acreditarea acestora, de elaborare a cadrului de reglementare în domeniul calității în sănătate. Potrivit art. 249 (1) din Legea nr. 95/2006, „*evaluarea calităţii serviciilor de sănătate în vederea acreditării unităţilor sanitare revine Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate*”, iar potrivit art. 249 (2) din Legea nr. 95/2006, „*evaluarea în vederea acreditării şi acreditarea unităţilor sanitare se fac în baza standardelor, procedurilor şi metodologiei elaborate de Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate*”.

Ministerul Sănătății este autoritatea centrală în domeniul sănătății publice și are, potrivit Legii nr. 95/2006, rolul de a coordona asistența de sănătate publică în România.

Împreună cu direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti şi alte structuri de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, structurile de specialitate din cadrul ministerelor şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, precum şi împreună cu autorităţile din administraţia publică locală are responsabilitatea pentru asigurarea sănătății publice. Elaborează politicile și strategia sănătății publice.

Direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătăţii, care pun în aplicare politica şi programele naţionale de sănătate publică pe plan local, identifică problemele locale prioritare de sănătate publică, elaborează şi implementează acţiuni locale de sănătate publică.

CNAS, prin Casele de asigurări de sănătate județene și cea a municipiului București, asigură în principal contractarea, finanțarea (asigură fondurile și finanțează) și urmărirea realizării serviciilor de sănătate publică iar, prin atribuțiile în domeniul programelor naționale de sănătate, cum este cea potrivit căreia „*realizează organizarea, monitorizarea, evaluarea şi controlul implementării programelor naţionale de sănătate curative*”, are atribuții directe în implementarea serviciilor de sănătate. Gestionează împreună cu casele de asigurări de sănătate, Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, din care sunt finanțate serviciile de sănătate publică care îndeplinesc condițiile legale obligatorii pentru contractare. Între aceste condiții este cea care precizează că „*CNAS încheie contracte numai cu unităţile sanitare acreditate*”.

În privința celorlalte instituții cu rol în sănătatea publică, potrivit normelor legislative în vigoare, acestea au următoarele atribuții cu implicații în calitatea serviciilor de sănătate:

- Colegiile medicilor avizează unitățile sanitare în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare;

- Direcțiile de Sănătate Publică din subordinea Ministerului Sănătații eliberează autorizația sanitară de funcționare.

În plus, acestea „*urmăresc aplicarea criteriilor de control al calităţii serviciilor medicale pe baza standardelor de acreditare adoptate de către Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate*” - art. 17 alin. (2) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

În plus, potrivit art. 250 din Legea nr. 95/2006, „*calitatea serviciilor de sănătate furnizate de către unităţile sanitare este verificată, în cursul unui ciclu de acreditare, de către structurile de control al calităţii serviciilor de sănătate din cadrul Ministerului Sănătăţii şi al direcţiilor de sănătate publică*”.

În contextul Legii nr. 185/2017, pentru unităţile sanitare din ambulatoriu, standardele şi metodologia de acreditare, valabile pentru primul ciclu de acreditare, se elaborează și se adoptă de către ANMCS și, „*pentru a furniza servicii de sănătate în relaţie contractuală cu sistemul public de asigurări de sănătate, unităţile sanitare din ambulatoriu”* au obligația înscrierii în procesul de acreditare. Prevederea este aplicabilă mai multor categorii de unități sanitare, între care ambulatoriile, medicina de familie, unitățile farmaceutice etc.

**8.2.1.1. Cadrul de reglementare națională**

Prin Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 599 din 26 iulie 2017, a fost creat un cadru legal distinct pentru organizarea și funcționarea A.N.M.C.S. și au fost, în consecință, abrogate prevederile art. 173 alin. (2) - (10), art. 174 şi art. 175 din Legea nr. 95/2006, republicată și cele ale Hotărârii Guvernului nr. 629/2015.

Legea nr. 185/2017 a intrat în dezbatere parlamentară la Camera Deputaților, în calitate de Cameră decizională, în luna septembrie 2016 și a fost votată în data de 24 iulie 2017 cu 220 de voturi „*pentru*”, 2 voturi „*împotrivă*” și 23 de abțineri.

Subliniem faptul că, în cuprinsul avizului emis, Consiliul Legislativ a reținut în mod expres importanța reglementărilor cuprinse în proiectul de act normativ în contextul exigențelor de la nivelul Uniunii Europene vizând stabilirea și dezvoltarea de politici și programe naționale privind siguranța pacienților, inclusiv prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale.

Asigurarea calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului este, potrivit art. 1 alin.(2) din Legea nr. 185/2017, responsabilitatea unităţilor sanitare, conform politicii şi strategiei de sănătate promovate de către MS şi A.N.M.C.S.

Conform art. 4 alin. (1) din Legea nr. 185/2017, A.N.M.C.S. este autoritatea de standardizare şi evaluare imparţială a serviciilor de sănătate, de acreditare şi monitorizare a unităţilor sanitare, independentă faţă de părţile interesate.

Potrivit art. 5 alin. (1) din același act normativ, scopul A.N.M.C.S. constă în asigurarea şi îmbunătăţirea continuă a calităţii serviciilor de sănătate şi a siguranţei pacientului, prin standardizarea şi evaluarea serviciilor de sănătate şi acreditarea unităţilor sanitare.

Legea nr. 185/2017 oferă, la art. 2 lit. e), definiția legală a acreditării unităţilor sanitare, constând în „*procesul de validare a conformităţii caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unităţile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS şi aprobate în condiţiile prezentei legi, în urma căruia unităţile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competenţa tehnico-profesională şi organizatorică a acestora*”.

Potrivit lit. f) din același act normativ, evaluarea unităţilor sanitare reprezintă „*activitatea de analizare a nivelului de conformitate a unităţilor sanitare cu standardele de acreditare, desfăşurată de către evaluatori externi de servicii de sănătate, independenţi faţă de părţile interesate, la solicitarea de către unităţile sanitare a intrării în procedura de acreditare*”.

Totodată trebuie avute în vedere prevederile Legii nr. 185/2017 potrivit cărora „*ANMCS este autoritatea de standardizare şi evaluare imparţială a serviciilor de sănătate, de acreditare şi monitorizare a unităţilor sanitare, independentă faţă de părţile interesate*” și „*Standardizarea şi evaluarea serviciilor de sănătate se realizează de către ANMCS*”.

**8.3. Status și organizare**

Managementul calității în sănătate are în vedere unitatea sanitară sub aspectul organizării, deoarece prin structura sa, aceasta este pregătită sau nu pentru desfășurarea activităților proprii (administrative și medicale) conform standardelor de calitate, furnizând rezultate sigure și peste nivelul de satisfacție așteptat de către pacienți, aparținători, personalul medical implicat. Îmbunătățirile aduse structurii organizației conduc la creșterea calității serviciilor medicale.

Unitățile sanitare au organizări diferite, în funcție de nivelul de furnizare al asistenței medicale (unități de medicină primară și comunitară, unități sanitare din ambulatoriu, unități sanitare cu paturi), de tipul de proprietate (publice sau private dar și unități sanitare cu paturi publice în care funcționează secții private), criteriul specialității sau de alte criterii de clasificare care se aplică spitalelor (criteriul de teritorialitate, criteriul educațional și criteriul competenței).

În funcție de tipul de organizare, există o structură specifică aplicabilă unității sanitare. În managementul calității în sănătate este supusă evaluării organizarea și funcționalitatea structurii unității sanitare prin raportare la standardele adecvate specificului său.

Activitățile proprii, inclusiv serviciile de sănătate, sunt în preocuparea structurii de management al calității, fiind importante aspecte precum transparența, planificarea, predictibilitatea, trasabilitatea, respectarea principiilor medicinei bazate pe dovezi pentru actul medical, procedurarea activităților expuse la risc și gestionarea riscurilor, monitorizarea și flexibilitatea (în situațiile în care se cere, adoptarea măsurilor adecvate pentru revizuirea procedurilor, protocoalelor, metodologiilor sau regulamentelor proprii).

Din perspectiva activităților, managementul calității în sănătate abordează procesele majore și fluxurile de la nivelul unității sanitare, serviciile medicale furnizate, precum și aspecte legate de impact, cum sunt siguranța pacientului (iar prin extindere siguranța asistenței medicale) și satisfacția pacientului, personalului, aparținătorilor.

Toate rezultatele obținute din activitățile desfășurate de organizație se reflectă în calitatea serviciilor medicale. Rezultatele în plan economico-financiar și administrativ au impact atât asupra structurii organizației, cât și asupra actului medical, așa cum furnizarea bazei tehnico-materiale adecvate influențează pozitiv calitatea serviciilor de sănătate. Rezultatele clinice ale serviciilor medicale au impact direct în starea de sănătate a pacienților. Modul de relaționare cu pacienții și percepția acestora asupra rezultatelor activităților clinice sau economico-administrative influențează nivelul de satisfacție a pacienților și aparținătorilor cu privire la organizație, servicii furnizate și cu privire chiar la rezultatele clinice care au impact direct și măsurabil asupra evoluției stării de sănătate a pacienților.

**8.4. Siguranța acordării asistenței medicale, a pacientului și a personalului din unitatea sanitară**

Siguranța asistenței medicale poate fi privită ca un sistem (compus din structură, obiective, procese, reguli/norme și instrumente de lucru), având ca subiect suferința provocată involuntar pacientului (eveniment advers asociat sau în legătură cu acordarea asistenței medicale) sau familiei/aparținătorilor sau personalului medical și de îngrijire și ale cărui rezultate dorite se referă la minimalizarea riscului de producere, maximizarea probabilității de interceptare, adoptarea reacției adecvate în cazul producerii și diminuarea consecințelor ulterioare nedorite.

Siguranța pacienților este unul dintre aspectele definitorii ale unui sistem medical. Fără măsurile pentru asigurarea, fiecărui pacient, a asistenței medicale sigure, pericolele asociate sau legate de actul medical pot crește semnificativ.

De asemenea importantă este siguranța personalului implicat în asistența medicală, care se expune riscurilor infectării cu agenți patogeni cunoscuți sau nedepistați din mediul în care își desfășoară activitatea sau de la pacienții cu care au intrat în contact. Unele dintre măsurile destinate siguranței pacientului au rezultate directe în siguranța personalului, iar altele, specifice, trebuie cunoscute și respectate.

Siguranța pacientului, familiei/aparținătorilor și siguranța personalului medical și de îngrijire sunt părțile componente ale siguranței asistenței medicale, fiind necesare măsuri specifice pentru prevenție, pentru depistare și pentru reacție în timpul și după producerea evenimentelor nedorite. Adiacentă siguranței asistenței medicale este și siguranța rezultatelor serviciilor medicale, aceasta fiind principala componentă care duce la un grad înalt de satisfacție față de serviciile medicale primite.

**8.5. Satisfacția pacientului și aparținătorilor/ familiei, a personalului de îngrijire și asistență medicală**

Satisfacția pacientului și aparținătorilor/familiei acestuia, respectiv satisfacția personalului de îngrijire și asistență medicală, fac parte dintre acele aspecte care, în procesul de măsurare a calității, nu pot fi cuantificate direct.

Satisfacția reprezintă nivelul personal de mulțumire al individului în raport cu percepția sa asupra:

* calității organizației, serviciilor furnizate de aceasta și rezultatele legate de starea de sănătate;
* interacțiunii cu organizația și cu reprezentanții săi, respectiv cu clienții acesteia;
* impactului pe care l-a avut evoluția stării de sănătate, pentru pacienți și aparținători/familie;
* activității proprii în organizație și impactul acesteia asupra stării motivaționale proprii, în cazul personalului.

Măsurarea gradului de satisfacţie este un aspect subiectiv, care variază în funcţie de gradul de cultură, nivelul de educație şi de percepţia individuală asupra stării de sănătate sau boală a individului, asupra structurii, serviciilor și personalului medical cu care individul a intrat în contact.

Ca în orice domeniu social, rezultatele sunt măsurate prin densitatea de aprecieri în jurul unor anumite niveluri de satisfacție.

Sunt studiate cantitativ aprecierile care nu corespund unor excepții, în timp ce acelea care reprezintă aprecieri (pozitive sau negative) dar fac parte din abaterile de la frecvența distribuției în intervalul de referință sau au abatere mare față de valoarea modală sunt analizate calitativ, prin studii de caz.

Studiile cantitative pot furniza informații importante pentru îmbunătățirea calității prin relevarea unor tendințe de creștere sau descreștere a nivelului de satisfacție general sau raportat la categorii demografice, educaționale, culturale sau patognomonice.

Analizele calitative și studiile de caz pot releva situații în care procedurile și fluxurile de lucru utilizate nu acoperă toate situațiile practice care pot avea impact asupra stării de sănătate, siguranței pacientului și satisfacției acestuia.

Analiza statistică a rezultatelor obţinute privind percepţia echipei medicale asupra performanţelor îngrijirilor și asistenței medicale oferite este o componentă importantă a calității actului medical și are impact asupra siguranței pacientului şi implicit a calității îngrijirilor și asistenței medicale.

Într-o perspectivă sistemică, pacienții, familiile lor și comunitatea sunt consumatori de servicii de sănătate, iar performanța acestor servicii se măsoară și în percepția consumatorilor cu privire la serviciile medicale, unitățile sanitare și rezultatele asupra stării de sănătate, satisfacția față de asistența medicală fiind un indicator al performanței.

Calitatea în sănătate este un concept care necesită cunoaștere și înțelegere. De aceea este necesar să existe nu doar specialiști, ci și specializări în acest domeniu pentru aceste categorii de personal.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte "Calitatea sistemului de sănătate" ca "nivelul atingerii scopurilor intrinseci ale sistemului de sănătate pentru îmbunătăţirea sănătăţii şi capacităţii de răspuns la aşteptările generale ale populaţiei".

Pe de altă parte, părintele conceptului modern de calitate, Donabedian, descrie calitatea îngrijirilor de sănătate drept "acele îngrijiri care se aşteaptă să maximizeze dimensiunea bunăstării pacienţilor, luând în considerare echilibrul câştigurilor şi pierderilor aşteptate, care apar în toate etapele procesului îngrijirilor de sănătate” (Donabedian, 2003 ).

Stabilirea și asumarea reperelor calității se face cu implicarea și acceptul unanim al tuturor factorilor interesați din societatea românească, astfel că acestea devin factor de progres și aliniere a forțelor sociale, instituționale și civice, pentru promovarea și dezvoltarea calității ca motor al creșterii sustenabile a întregului sector de sănătate.

Atât pentru practica medicală, cât şi pentru managementul sanitar au fost definite nouă dimensiuni ale calităţii, ce formează baza furnizării serviciilor medicale:

* competenţa profesională - cunoştinţele/abilităţile/performanţa echipei medicale, ale managerilor şi ale echipei de suport;
* accesibilitatea furnizarea serviciilor de sănătate nu este restricţionată de bariere geografice, sociale, culturale, organizaţionale sau economice;
* eficacitatea procedurile şi tratamentul aplicat conduc la obţinerea rezultatelor dorite;
* eficienţa - acordarea îngrijirilor necesare, corespunzătoare, la costurile cele mai mici;
* relaţiile interpersonale - interacţiunea dintre furnizori, dintre furnizori şi pacienţi (clienţi), dintre manageri, furnizori şi plătitori, precum şi între echipa de îngrijiri şi comunitate;
* continuitatea - pacientul beneficiază de un set complet de servicii de sănătate de care are nevoie, într-o ordine bine determinată, fără întrerupere, sau repetarea procedurilor de diagnostic şi tratament;
* siguranţa risc minim pentru pacient de complicaţii sau efecte adverse ale tratamentului ori alte pericole legate de furnizarea serviciilor de sănătate;
* infrastructura fizică şi confortul curăţenie, confort, intimitate şi alte aspecte importante pentru pacienţi;
* alegerea pe cât este posibil, clientul alege furnizorul, tipul de asigurare sau tratamentul.

Pentru determinarea, măsurarea și dezvoltarea calității asistenței medicale se aplică la nivel internațional divizarea lui Donabedian: structura, procesul și rezultatul. După părerea sa „O structură bună crește probabilitatea unui proces bun, un proces bun crește probabilitatea unui rezultat bun” („Good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of a good outcome”) (Donabedian 1988). Principiul abordării dezvoltării calității din perspectiva structurii este că asigurarea bunelor condiții este mai probabil să conducă la procese și rezultate mai bune în asistența medicală, decât condițiile slabe. Condițiile, conformitatea proceselor asistenței medicale în abordarea din perspectiva structurii vor fi analizate și comparate cu criteriile și standardele existente. Deși calitatea structurii poate îmbunătăți sau deteriora experiența clinică este folosită frecvent pentru indicarea calitătii, deoarece este usor de măsurat. Pacienții și angajații din sectorul medical văd adesea numai problemele structurale (de infrastructură) și vor să le rezolve în primul rând pe acestea.

**8.6. Obiectivele calității în acordarea serviciilor de sănătate**

Managementul calității reprezintă un ansamblu de activități având ca scop realizarea unor obiective, prin utilizarea optimă a resurselor. Acest ansamblu cuprinde activități de planificare, coordonare, organizare, control și asigurare a calității. Standardul stabileşte condiţiile privind sistemul calităţii aplicabil atunci când este necesară demonstrarea capabilităţii unei unități sanitare de a furniza populației servicii de sănătate de calitate, în condiţii de siguranţă pentru pacienţi, personal și aparţinători. Standardul reprezintă obiectivul general pe care o unitate sanitară trebuie să-l atingă, aceasta propunandu-si o serie de "obiective strategice " - economice, sociale, tehnice, comerciale, care se realizează prin intermediul unor "obiective operaționale - specifice":

* dezvoltarea activității unității sanitare conform nevoilor de sănătate a populației din arealul deservit;
* asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
* asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita competenței asumate de unitatea sanitară;
* respectarea demnității umane, a principiilor eticii și deontologiei medicale și a grijii față de sănătatea pacientului;
* implementarea guvernanței clinice, pentru asigurarea serviciilor de sănătate centrate pe pacient;
* îmbunătățirea eficacității și eficienței proceselor din întreaga organizație prin implementarea protocoalelor de diagnostic și tratament , precum și reglementarea proceselor desfășurate în unitatea sanitară și prin implementarea conceptului de evaluarea a practicii profesionale prin audit clinic și optimizarea procesului decizional;
* abordarea integrată, interdisciplinară a pacientului în managementul de caz;
* asigurarea continuității asistenței medicale în cadrul unității sanitare, prin asigurarea resurselor necesare, conform competenței asumate;
* învățarea din erori;
* formarea și dezvoltarea culturii organizaționale;
* reducerea pierderilor datorate non-calității;
* protejarea mediului;
* un mediu de lucru optim pentru toți angajații.

**8.7. Obiectivele calitații în acordarea serviciilor de sănătate de îngrijiri la domiciliu**

***Obiectivele calității în acordarea serviciilor de sănătate***

Managementul calității reprezintă totalitatea activităților necesare realizării obiectivelor de calitate, prin utilizarea optimă a resurselor. Activitățile sunt: de planificare, de implementare, de monitorizare/control și de adaptare a activităților în vederea îmbunătățirii calității. Exemple de obiective de calitate:

1. dezvoltarea activității unității sanitare conform nevoilor de sănătate a populației din arealul deservit;
2. asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
3. asigurarea nediscriminatorie a accesului pacientului la serviciile de sănătate, conform nevoilor acestuia, în limita competenței asumate de unitatea sanitară;
4. respectarea demnității umane, a principiilor eticii și deontologiei medicale;
5. îmbunătățirea eficacității și eficienței proceselor din întreaga organizație prin implementarea protocoalelor de diagnostic și tratament și reglementarea proceselor desfășurate în unitatea sanitară și prin implementarea conceptului de evaluarea a practicii profesionale, prin audit clinic și optimizarea procesului decizional;
6. abordarea integrată, interdisciplinară a pacientului în managementul de caz;
7. implementarea guvernanței clinice, pentru asigurarea serviciilor de sănătate centrate pe pacient;
8. asigurarea continuității asistenței medicale în cadrul unității sanitare, prin asigurarea resurselor necesare, conform competenței asumate;
9. învățarea din erori;
10. formarea și dezvoltarea culturii organizaționale;
11. reducerea pierderilor datorate non-calității;
12. protejarea mediului;
13. un mediu de lucru optim pentru toți angajații.

**Harta drepturilor de îngrijire a persoanelor vârstnice**

1. să am parte de îngrijire și servicii sigure și de înaltă calitate;
2. să fiu tratat cu demnitate și respect;
3. să-mi fie evaluate si susținute identitatea, cultura și diversitatea;
4. să trăiesc fără abuz și neglijare;
5. să fiu informat despre îngrijirea și serviciile mele într-un mod pe care îl înțeleg;
6. să accesez toate informațiile despre mine, inclusiv informații despre drepturile, îngrijirea și serviciile mele;
7. să dețin control asupra și să fac alegeri cu privire la îngrijirea mea și viața personală și socială, inclusiv în cazul în care alegerile implică riscuri personale;
8. să am control asupra și să iau decizii cu privire la aspectele personale ale vieții mele de zi cu zi, afacerile financiare și bunurile mele;
9. să am independenţa personală;
10. să fii ascultat și înțeles;
11. să pot alege o persoană , inclusiv un avocat pentru îngrijirea vârstnicilor, să mă sprijine sau să vorbească în numele meu care să poată să facă plângeri fără represalii și să se rezolve reclamațiile mele în mod corect și prompt;
12. să am confidențialitatea datelor personale și informațiile mele personale să fie protejate;
13. să îmi exercită drepturile fără ca aceasta să afecteze negativ modul în care sunt tratat.

**Îngrijirile medicale la domiciliu, și îngrijirile sociale la domiciliu pot fi acordate de către entități publice sau private**

În ceea ce privește furnizorii de servicii sociale de îngrijiri la domiciliu pentru personae vârstnice, acestea sunt acreditate de Ministerul Muncii și Solidaritatii Sociale- Direcția Politici Servicii Sociale.

Calitatea îngrijirii persoanei vârstnice a devenit parte integrantă a politicilor de bunăstare și a fost conștientizat faptul că problematica vârstnicilor este complexă și trebuie privită dintr-o dublă perspectivă: demersul specialiștilor trebuie suplinit de o formație caritabilă, umanistă, asociată cu sentimente de respect, afecțiune și empatie.

Demersurile în beneficiul persoanelor vârstnice trebuie să fie astfel concepute încât să respecte drepturile fundamentale ale acestora dintre care amintim:

* dreptul la îngrijire medicală;
* dreptul la prevenirea dependenței;
* dreptul de a alege locul și modul de viață;
* dreptul la susținere familială și comunitară;
* dreptul la îngrijiri paliative;
* dreptul la ocrotire legală etc.

Procesul de recuperare psihosocială și de evitare a izolării sociale a persoanelor vârstnice trebuie să cuprindă măsuri deopotrivă pentru bunăstarea fizică, psihică și socială. În plan instituțional aceasta presupune coordonarea reformei la nivel medical cu cea la nivel social pentru ca intervenția să fie simultană și coerentă. Centrarea pe integrarea serviciilor prin comunicarea între instituții și colaborare între profesioniști contribuie la realizarea scopului major de mutare a îngrijirii de lungă durată din instituții spre comunitate.

Calitatea tehnică a îngrijirilor medicale este raportată de obicei la competenţa tehnică, respectarea protocoalelor clinice şi a ghidurilor de practică, folosirea măsurilor de control al infecţiilor, informare şi consiliere, integrarea serviciilor de sănătate, management eficient. Existenţa acesteia conduce către un mediu de muncă eficace şi eficient, rezultate pozitive ale tratamentului, urmate de satisfacţia pacientului şi, nu în ultimul rând, de satisfacţia furnizorului

Gradul satisfacţiei practicianului este legat de calitatea actului medical, dar derivă şi din condiţiile în care îşi desfăşoară munca, iar existenţa satisfacţiei duce la creşterea performanţei. În concluzie, acesta este un factor cauzal al nivelului calităţii îngrijirilor de sănătate, deci poate fi folosit drept criteriu de evaluare a calităţii acestora

Satisfacţia pacientului este un element al sănătăţii psihologice careinfluenţează rezultatele îngrijirilor şi impactul lor. Un pacient satisfăcut tinde să coopereze cu medicul şi să accepte mai uşor recomandările acestuia. Satisfacţia pacientului influenţează accesul la serviciile medicale - un client satisfăcut va reveni la medicul respectiv sau la unitatea sanitară respectivă. Ne putem aştepta însă ca rezultatele evaluării satisfacţiei pacientului să fie diferite de cele ale evaluării profesioniştilor. Aceasta se întâmplă deoarece pacientul se axează în special pe relaţiile interpersonale pe care le percepe şi le poate evalua mai uşor, deşi sunt subiective, spre deosebire de aspectele tehnice sau de specialitate pe care le poate evalua mai greu. In concluzie, evaluarea satisfacţiei pacientului reprezintă felul în care furnizorul vine în întâmpinarea valorilor şi aşteptărilor pacienţilor.

Comisia Europeana recomandă statelor membre să elaboreze **planuri de acțiune naționale** pentru ca serviciile de îngrijire din UE să fie mai disponibile, mai accesibile și de o calitate mai bună pentru toți, de exemplu prin:

* asigurarea faptului că îngrijirea pe termen lung este **promptă, cuprinzătoare și accesibilă** **din punct de vedere financiar**, permițând un nivel de trai decent pentru persoanele cu nevoi de îngrijire pe termen lung;
* **extinderea ofertei și a combinației** de servicii profesionale de îngrijire pe termen lung(îngrijire la domiciliu, îngrijire în comunitate și îngrijire rezidențială), eliminarea decalajelor teritoriale în ceea ce privește accesul la îngrijirea pe termen lung, introducerea de soluții digitale accesibile în furnizarea de servicii de îngrijire și asigurarea faptului că serviciile și structurile de îngrijire pe termen lung sunt **accesibile** persoanelor cu handicap;
* stabilirea unor **criterii și standarde de înaltă calitate** pentru furnizorii de servicii de îngrijire pe termen lung;
* **sprijinirea îngrijitorilor informali**, care sunt adesea femei și rude ale beneficiarilor serviciilor de îngrijire prin formare, consiliere, sprijin psihologic și financiar;
* mobilizarea unei **finanțări adecvate și sustenabile** pentru îngrijirea pe termen lung, inclusiv prin, utilizarea fondurilor UE.

Rezultatele așteptate sunt:

* culegerea de date actuale referitoare la modalități de acordare a serviciilor de îngrijire la domiciliu pe baza cărora să se elaboreze propuneri pentru îmbunătățirea sistemului la nivel național;
* îmbunătățirea legislației actuale ce reglementează furnizarea serviciilor sociale, medicale și socio-medicale la domiciliu;
* extinderea rețelei de îngrijitori la domiciliu şi profesionalizarea personalului;
* încurajarea sponsorizărilor interne oferite de persoane juridice şi fizice ca modalitate de susținere a organizațiilor care desfășoară programe destinate persoanelor vârstnice;
* identificarea de surse de finanțare și suport logistic pentru promovarea şi dezvoltarea activităților de îngrijire la domiciliu;
* stimularea organizațiilor neguvernamentale pentru a înființa, la nivel local, centre comunitare de acordare a îngrijirilor la domiciliu pentru persoane vârstnice cu fonduri proprii sau în parteneriat public - privat;
* promovarea parteneriatului public – privat în acordarea asistenței socio-medicale la domiciliu;
* elaborarea la nivel național a unei platforme gerontologice care să cuprindă măsuri concrete pentru creșterea calității vieții populației vârstnice, inclusiv demersuri pentru încurajarea păstrării vârstnicului în mediul său de viața ca măsură de prevenire a efectelor îmbătrânirii;
* promovarea de măsuri pentru îmbunătățirea colaborării între furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu și casa de asigurări sociale de sănătate;
* popularizarea în rândul vârstnicilor a drepturilor și condițiilor necesare pentru a beneficia de îngrijire la domiciliu, inclusiv în rândul populației rurale.

**9. Acreditarea**

**Definiție**

Acreditarea unităților sanitare de ÎD reprezintă procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către acestea, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii. În urma acreditarii US care furnizează ÎD sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora.

Acreditarea se focalizează pe trei dimensiuni:

* implementarea sistemului de management al calității;
* organizarea proceselor în vederea acordării serviciilor de sănătate;
* îmbunătățirea practicilor profesionale.

În acest mod, acreditarea privește US de ID ca pe un ansamblu de procese desfășurate de o organizație având ca rezultat serviciile de sănătate centrate pe pacient.

**Scopul acreditării**

Serviciile de sănătate să fie desfășurate în condiții de siguranță fizică, psiho-emoțională și socială a pacientului, a personalului implicat în acordarea ÎMD, de siguranță a datelor medicale ale pacienților și de siguranță a mediului de îngrijire.

Serviciile de sănătate oferite să răspundă nevoilor populației deservite.

Preluarea în îngrijire a pacienților de către US să se facă în limita competențelor și a resurselor acestora.

Reprezintă procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate acordate de către US, cu standardele ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia US sunt clasificate pe categorii de acreditare, pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora.[[1]](#footnote-1)

Este un proces de evaluare externă, independent, realizat de persoane special pregătite pentru aceasta activitate – evaluatori de servicii de sănătate.

Se focalizează pe trei dimensiuni: pe implementarea sistemului de management al calității, pe organizarea proceselor în vederea acordării serviciilor de sănătate și pe activitatea continuă de îmbunătățire a practicilor profesionale. În acest mod, acreditarea privește US ca pe un ansamblu de procese desfășurate pentru a obține servicii de sănătate de calitate, centrate pe pacient.

**Etapa de acreditare cuprinde următoarele activități principale**:

* elaborarea PRA, de către structura de specialitate din cadrul UEAUSA, pe baza informațiilor colectate în procesul de evaluare;
* formularea de către USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală, în scris, în maxim 5 zile lucrătoare de la primirea PRA, a obiecțiunilor cu privire la aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;
* analizarea obiecțiunilor formulate de către USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală;
* elaborarea RA de către structura de specialitate din cadrul UEAUSA, și supunerea acestuia spre aprobare Colegiului Director al ANMCS;
* emiterea ordinului președintelui ANMCS privind acreditarea sau, după caz, neacreditarea USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală, după aprobarea acestuia de către colegiul director al ANMCS, și comunicarea acestuia USA;
* comunicarea rezultatelor procesului de acreditare.

***Certificatul de acreditare și suplimentul descriptiv*** se eliberează USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală, care au obținut acreditarea, în termen de maxim 90 de zile de la comunicarea către USA a ordinului președintelui ANMCS privind acreditarea.

Lista cu USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală, acreditate se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

***Metode utilizate pentru acreditarea unităților sanitare din ambulatoriu***, care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală:

* *Autoevaluarea* reprezintă evaluarea internă realizată de către USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală și constă în analiza serviciilor oferite pe baza standardelor ANMCS, iar concluziile acesteia se transmit prin intermediul fișei de autoevaluare din aplicația informatică pusă la dispoziție de către ANMCS;
* *Evaluarea externă* constă în parcurgerea etapelor: înregistrarea, înscrierea, pregătirea evaluării, evaluarea, acreditarea.

***Tehnici de colectare a datelor*** utilizate în procesul de evaluare în vederea acreditării sunt:

1. analiza documentelor încărcate de către USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală;
2. 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, cu respectarea reglementărilor în vigoare privind confidențialitatea desfășurării actului medical, precum și a datelor cu caracter personal;
3. interviu de grup - tehnică de evaluare a calității, prin care membrii unui grup de persoane format din reprezentanți ai USA, care furnizează servicii de ÎMD și în ambulator exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală și membrii comisiei de evaluare, într-un timp limitat, își exprimă opiniile referitoare la subiectele în discuție;
4. interviul individual- urmărește colectarea de date prin discuția directă cu interlocutorul, în timpul vizitei propriu-zise – se poate desfășura cu reprezentant legal, manager/ administrator/, personal coordonator, asistent medical desemnat sau altă persoană desemnată.

*Validarea datelor colectate* constă în verificarea acestora de către CE, prin examinare, recalculare, comparație și punere de acord pentru confirmarea realității datelor colectate.

***Instrumentele utilizate*** pentru acreditarea USA, care furnizează servicii de ÎMD exclusiv, sau împreună cu alte categorii de asistență medicală sunt:

* fișa de identificare a unității sanitare din ambulatoriu (FIUSA) elaborată de către structurile de specialitate ale ANMCS, prin care se solicită USA informații despre datele de identificare și structura organizatorică și funcțională pentru serviciile de sănătate furnizate în regim ambulatoriu pentru care USA s-a înscris și a fost cuprinsă în planul multianual de evaluare a USA, aprobat prin hotărârea Colegiului Director al ANMCS;
* fișa de calcul al duratei vizitei (FCD), al cărei model este aprobat prin ordin al președintelui ANMCS;
* fișa de autoevaluare - elaborată de către structurile de specialitate ale ANMCS, prin care se solicită USA informații despre nivelul de îndeplinire a cerințelor standardelor ANMCS în etape succesive ale procesului de evaluare;
* programul vizitei de evaluare - document care cuprinde etapele orare și obiectivele de evaluat;
* minuta ședinței de informare - document care cuprinde aspectele importante discutate de evaluatori și reprezentantul/reprezentanții USA evaluate;
* lista de verificare - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale ANMCS, utilizat în vederea colectării datelor;
* lista documentelor solicitate în timpul evaluării propriu-zise - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale ANMCS, care cuprinde documentele suplimentare solicitate reprezentanților USA de către evaluatori în timpul procesului de evaluare;
* chestionarul - instrument elaborat de către USA;
* fișa de identificare și evidențiere a disfuncționalităților - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale ANMCS și completat de către evaluatori;
* fișa de constatare a situațiilor deosebite - act unilateral întocmit de către CE, completat de către evaluatori;
* fișa de evaluare a unui indicator critic **-**  formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale ANMCS și completat de către evaluator, în care se consemnează în timpul vizitei de evaluare, în orice moment al vizitei neîndeplinirea unui indicator; existența unei proceduri de solutionare în cazul degradarii rapide a stării generale de sănătate sau în cazul parametrilor fiziologici anormal modificati ai persoanei îngrijite cu referirea acesteia catre un serviciu medical de urgență calificat;
* nota de constatare - formular tipizat elaborat de către structurile de specialitate ale ANMCS și completat de către evaluator, în care se consemnează în timpul vizitei de evaluare, în cazul în care se constată neconcordanță între FIUSA privind structura și situația întâlnită de evaluator la fața locului;
* PRE - comunicarea scrisă, adresată de către CE a USA, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă USA în vederea formulării eventualelor obiecțiuni;
* RE - comunicarea scrisă, adresată de către CE a USA, referitoare la rezultatele vizitei de evaluare în vederea acreditării, transmisă USA după analiza și soluționarea eventualelor obiecțiuni;
* PRA - comunicarea scrisă, adresată de către ANMCS, referitoare la evaluare în vederea acreditării, transmisă USA pentru informare și formularea eventualelor obiecțiuni;
* RA- document elaborat de către structurile de specialitate din cadrul ANMCS, care stă la baza emiterii ordinului președintelui ANMCS de acreditare sau, după caz, de neacreditare a USA.

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 ANMCS.

În urma procesului de evaluare, a prelucrării și analizei datelor obţinute rezultă informaţii referitoare la fiecare capitol de referinţă:

1. scopul şi obiectivele majore la referinţei;
2. punctajul obţinut;
3. structura indicatorilor calitativi utilizaţi în analiză;
4. nivelul de îndeplinire al standardelor grupate pe capitole de referinţă;
5. prezentarea detaliată a situaţiei implementării fiecărui standard: procent îndeplinit (%) pentru fiecare criteriu/cerinţă din cadrul standardului, evidenţierea indicatorilor neconformi şi enumerarea recomandărilor pentru cerinţele neîndeplinite sau parţial îndeplinite.

Rezultatele obținute în procesul de acreditare sunt comunicate de către UEAUSA:

* USA prin comunicarea RA şi a Ordinului privind încadrarea în categoria de acreditare a USA;
* forului tutelar / patronatului USA, precum și DSP, prin transmiterea neconformităților identificate în raportul de acreditare.
* CJAS prin transmiterea încadrării în categoria ”Neacreditat” ANMCS;
* opiniei publice, prin publicarea listei USA acreditate.

**9.1 Standarde de acreditare**

Standardele reprezintă nivelul de performanţă observabil, realizabil, măsurabil, agreat de profesioni şti şi corespunzător populaţiei căreia i se adresează (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization).

Standardele descriu sisteme, funcţii, procese şi activităţi, stabilind ţinte de atins pentru furnizorul de servicii medicale. Ele prezintă cea mai bună succesiune a acţiunilor în cadrul actului medical, stau la baza creării ghidurilor de practică medicală şi sunt concepute de către comisii de experţi. In mod normal, standardele reprezintă aşteptările pacienţilor, furnizorilor, managerilor, terţului plătitor şi organismelor guvernamentale, precizând nivelele de structură şi performanţă aşteptate din partea furnizorilor. Corelat evoluției conceptelor din sănătate (naționale și internaționale), dar și pe măsură ce are loc o creștere generală a nivelului de calitate în sistemul de sănătate, este necesară o revizuire și a standardelor de calitate.

Aceeași situație se poate întâmpla și când, la nivel național, schimbările legislative majore conduc și la modificări ale cadrului de reglementare care se reflectă în cerințele standardelor de calitate.

Standardele de calitate trebuie să fie actualizate atunci când factorii amintiți impun revizia, păstrând astfel trendul ascendent al nivelului de calitate din sistemul național de sănătate.

***Caracteristicile unui bun standard*** sunt:

* să fie măsurabil şi monitorizabil, pentru a se putea şti în ce măsură se atinge obiectivul propus; nu este necesar să fie măsurabil numeric, ci să se poată evalua dacă obiectivul propus a fost îndeplinit sau nu;
* să fie exprimat clar, pentru a nu naşte confuzii dacă a fost îndeplinit sau nu;
* să fie realist şi realizabil cu resursele existente; dacă standardul stabilit iniţial nu coincide cu ce se cere de către plătitor, acest standard poate fi treptat îmbunătăţit (ex. diminuarea treptată a timpului de aşteptare a pacienţilor la serviciul de radiologie);
* să constituie un indicator al calităţii, nu numai uşor de monitorizat dar şi util;
* să fie concordant cu valorile şi scopurile organizaţiei;
* să fie practic şi aplicabil, uşor de evaluat. Pentru buna funcţionare a unei USA este nevoie de un set minim de standarde care să definească un nivel minim acceptabil al furnizării de servicii de sănătate.

De aceea, ele capătă valoare doar puse în practică. Standardele ajută la stabilirea reperului unde se află USA din punctul de vedere al calităţii şi al îmbunătăţirii acesteia, şi la atingerea scopului propus utilizând resursele existente.

Pentru realizarea şi măsurarea standardelor se elaborează criterii care reprezintă elemente descriptive ale performanţei, comportamentului, circumstanţelor sau stării clinice (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization).

***Caracteristicile unui criteriu:***

* să fie măsurabil, concret;
* să fie specific standardului pe care îl ilustrează;
* să realizeze o descriere clară a resurselor, comportamentului, procesului cerut sau dorit;
* să fie uşor de identificat;
* să fie relevant pentru nivelul de performanţă descris;
* să fie realist, posibil de atins;
* să fie clar, uşor de înţeles;
* să suporte o eventuală modificare periodică.

Conform modelului Donabedian, criteriile se clasifică în criterii de:

* structură (legate de clădiri, mediu, infrastructură, organizaţie, servicii de suport, farmacie, laborator, tehnologie, resurse umane, expertiză,abilităţi ale personalului, proceduri informaţionale);
* proces (legate de proceduri de prevenţie, diagnostic şi tratament,documentare, relaţie medic-pacient etc);
* rezultat (rate infecţii nosocomiale, mortalitate, fatalitate, raportate la o anumită procedură etc).

Scopul existenţei ghidurilor de practică este instituirea unei practici medicale de calitate şi crearea unui fundament etic pentru practicieni. Motive pentru elaborarea ghidurilor de practică:

* profesionalizarea;
* responsabilizarea;
* eficienţa.

Ghidurile de practică sunt folosite ca instrument pentru îmbunătăţirea calităţii actului medical. Este necesră o abordare comună, validă, clară în vederea dezvoltării ghidurilor de practică.

#### **Promovarea conceptelor calității în sănătate**

Primul pas al USA în implementarea calității, anume asimilarea noțiunilor specifice și aplicarea acestora în organizație, este derivat din acțiunile prin care le sunt aduse la cunoștiință și sunt informați cu privire la aspectele calității și modalitățile de implementare a acestora în organizație.

Astfel, promovarea calității în sănătate este setul de acțiuni ce declanșază schimbările din organizațiile care aderă la conceptele calității în sănătate și se înscriu în procesul acreditării.

Promovarea conceptelor calității în sănătate reprezintă ansamblul de acțiuni și mijloace de informare și pregătire a USA, în vederea satisfacerii nevoilor și așteptărilor acestora legate de implementarea și creșterea calității în sănătate și, implicit, a așteptărilor de creștere a eficienței și performanțelor activităților proprii, în contextul siguranței asistenței medicale (implicit a pacientului și personalului medical), prin aplicarea instrumentelor specifice calității în sănătate și guvernanței clinice (ca mecanism sinergic prin care se pot integra toate conceptele calității în sănătate).

Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate cu modificările și completările ulterioaredefinește:

* *servicii de sănătate* - totalitatea activităților medicale și nemedicale,necesare stabilirii riscului de boală, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilormedicale și monitorizării stării de sănătate;
* *unități sanitare* - entități cu sau fără personalitate juridică al căror obiect de activitate îl constituie acordarea de servicii de sănătate, indiferent de forma de proprietate;
* *calitate* - nivelul de conformare a serviciilor de sănătate la cerințele standardelor ANMCS, pentru a asigura pacienților cel mai bun rezultat, la cel mai bun cost, cu cel mai mic risc iatrogen, astfel încât sistemul de sănătate să răspundă așteptărilor generale ale populației;
* *sistem de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului* - ansamblul mijloacelor și metodelor de asigurare și îmbunătățire continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, în conformitate cu cerințele standardelor adoptate de către ANMCS;
* *acreditarea unităților sanitare* - procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele ANMCS și aprobate în condițiile prezentei legi, în urma căruia US sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora;
* evaluarea unităților sanitare - activitatea de analizare a nivelului de conformitate a USA cu standardele ANMCS, desfășurată de către evaluatori externi de servicii de sănătate, independenți față de părțile interesate, la solicitarea de către unitățile sanitare a intrării în procedura de acreditare;
* monitorizarea unităților sanitare - urmărirea nivelului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului, în baza metodologiei aprobate de către Colegiul director al ANMCS;
* suspendarea acreditării - măsură care se dispune în condițiile stabilite prin hotărârea Colegiului Director al ANMCS. Intervalul de timp în care acreditarea este suspendată nu determină prelungirea perioadei de valabilitate a certificatului de acreditare al unei USA.

**Scopul ANMCS** constă în asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, prin standardizarea, evaluarea serviciilor de sănătate și acreditarea USA.

**Obiectivele ANMCS** sunt:

1. să informeze personalul cu atribuții în procesul de management al calității cu privire la asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului;
2. să informeze pacienții cu privire la calitatea serviciilor de sănătate oferite de USA, pentru creșterea încrederii populației în calitatea serviciilor de sănătate;
3. să pună la dispoziția autorităților centrale decidente informații privind calitatea serviciilor de sănătate și siguranța pacientului;
4. să promoveze conceptul de management al calității în sănătate și siguranței pacientului prin editarea de publicații, elaborarea de materiale promoționale, organizarea de manifestări științifice.
5. să evalueze toate categoriile de USA din punctul de vedere al calității serviciilor de sănătate și al siguranței pacientului;
6. să elaboreze o metodologie de identificare, raportare și monitorizare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, fără caracter acuzator;

**Principiile managementului calității**

Principiile generale ale managementului calității, adaptate organizației - US, sunt următoarele:

1. *orientarea organizației către „pacienți”*: dezvoltarea capacități unității sanitare de a idenifica, înțelege și răspunde în mod adecvat nevoilor și așteptărilor pacienților săi.
2. *asigurarea „leadership-ului”*: asigurarea angajamentului personal al structurii de conducere de la toate nivelurile US de a se implica în implementarea principiilor managementului calității. În acest scop, managementul organizației adoptă planuri de dezvoltare, de îmbunătățire a calității, a procesului de formare și instruire etc.;
3. *implicarea întregului personal în luarea deciziilor*. Acest principiu constă în dezvoltarea capacităților proprii și asigurarea premiselor pentru a fi posibilă decizia individuală în rezolvarea problemelor de zi cu zi și de a se implica în proiecte de îmbunătățire a calității.
4. *abordarea bazată pe proces*: toate activitățile din organizație trebuie abordate ca procese documentate și controlate, având responsabilități precise pentru implementarea și monitorizare lor, cu identificarea modului în care procesele sunt interconectate.
5. *abordarea managementului ca sistem*: identificarea, înțelegerea și conducerea sistemului de management al calității, format din procese intercorelate, pentru obiective date, imbunătățind eficiența organizației.
6. *îmbunătățirea continuă a performanțelor*: implicarea și consecvența, la toate nivelurile și în toate sectoarele de activitate, în privința imbunătățirii calității și creșterii performanțelor unității sanitare.

***Avantajele și beneficiile acreditării pentru unitatea sanitară (furnizor de servicii medicale)***

* Creșterea credibilității USA și a încrederii în serviciile medicale oferite de către aceasta;
* Creșterea calității și siguranței activității medicale, eficacității și eficienței acesteia;
* Creșterea încrederii personalului din unitățile sanitare, a satisfacției profesionale și motivarea acestuia, cu dezvoltarea culturii organizaționale;
* Studierea evenimentelor adverse, ca un proces de învățare din erori;
* Reducerea riscurilor identificate;
* Asigurarea transparenței pentru plătitorii îngrijirilor medicale acordate.

***Avantajele și beneficiile acreditării pentru pacient***

* Creșterea siguranței și satisfacției pacienților;
* Reducerea riscurilor pentru pacienți, aparținători, angajați, voluntari și elevi/studenți/rezidenți (dacă US desfășoară activități de învățământ);
* Reducerea riscului infecțios al mediului de îngrijire;
* Asigurarea transparenței în procesul de acordare a îngrijirilor medicale;
* Creșterea accesibilității populației la ÎMD.

**9.2. Prezentarea și descrierea standardelor de acreditare**

**Îngrijiri Medicale la Domiciliu - prezentarea standardelor ANMCS**

Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate definește acreditarea US ca fiind „procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către US, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile prezentei legi, în urma căruia US sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico - profesională și organizatorică a acestora”.

Ordinul Președintelui ANMCS nr. 353/09.10.2019 privind aprobarea Standardelor ANMCS pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu definește:

* **Referință (R)** - grupare de standarde, criterii și cerințe, având același domeniu de aplicare;
* **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 sau dintr-o USA;
* **Criteriu (Cr)** - obiectivul specific de realizat pentru îndeplinirea standardului;
* **Cerință (C)** - acțiune care trebuie întreprinsă pentru realizarea obiectivului specific.

În Standardele pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu - **ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU**, în primul ciclu de acreditare a USA, sunt evaluate 3 domenii de referință, pe baza a 15 standarde, 45 de criterii și 113 cerințe, cu următoarea distribuție:

***Referința I MANAGEMENTUL ORGANIZAȚIONAL***

* 4 Standarde
* 15 Criterii
* 46 Cerințe

***Referința II MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU***

* 8 Standarde
* 24 Criterii
* 54 Cerințe

***Referința III ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI***

* 3 Standarde
* 6 Criterii
* 13 Cerințe

***9.3. REFERINȚA 1 - MANAGEMENTUL ORGANIZAȚIONAL***

**Scopul standardelor** cuprinse în această referință este de a stimula USA să conceapă și să fundamenteze: misiunea sa, obiectivele pe termen scurt, mediu și lung, precum și activitățile necesare pentru atingerea acestora luând în considerare alocarea optimă a resurselor. Se urmărește astfel creșterea eficacității și eficienței activității USA și interfațarea sa optimă cu sistemul sanitar, pentru a putea asigura adaptarea sa și răspunsul la cerințele segmentului de piață, de servicii de sănătate ocupat.

***Direcțiile de acțiune*** urmărite în cadrul referinței sunt:

* identificarea locului pe care USA (furnizorul de ÎMD) îl ocupă în sistemul sanitar;
* asigurarea continuității îngrijirilor oferite pacienților;
* corelarea activităților organizației cu resursele disponibile și potențiale;
* crearea unui flux de acțiuni planificate pentru îndeplinirea obiectivelor propuse;
* dezvoltarea unei culturi organizaționale, asigurarea unui proces continuu de învățare și perfecționare, implementarea și dezvoltarea managementului calității.

***9.3.1. Standard 1.1. - Dezvoltarea și managementul unității sanitare sunt reflectate în structura organizatorică, în managementul resursei umane și în managementul financiar***

**Scopul** acestui standard este de a stimula furnizorul de ÎMD să aibă un management organizațional în concordanță cu cererea și oferta în dinamică a serviciilor medicale, cu obiective armonizate misiunii și viziunii organizaționale, precum și a politicilor de sănătate ale sistemului sanitar.

Aceasta planificare se reflectă într-un plan de dezvoltare/management organizațional proiectat pe termen mediu sau lung, care să respecte viziunea și misiunea USA, bazat pe identificarea nevoilor reale de îngrijiri medicale, asigurând continuitatea, coerența și siguranța proceselor organizaționale și a celor clinice.

***Corelarea cu alte documente***

* Strategia națională de sănătate, alte strategii naționale și regionale/locale relevante;
* Organigrama și ROF/RI;
* Bugetul de venituri și cheltuieli (BVC);
* Planul de management al calității serviciilor de sănătate oferite de către furnizorul de ÎMD;
* Planul de formare / perfecționare profesională a angajaților.

***Direcțiile de acțiune*** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* identificarea nevoilor reale de îngrijiri medicale, raportate la contextul actual al serviciilor de sănătate;
* armonizarea serviciilor oferite cu politicile de sănătate la nivel național și regional;
* elaborarea unui plan de dezvoltare/de management adaptat specificului USA, a pieței de servicii în care activează și asigurarea cadrului organizatoric pentru dezvoltarea calității serviciilor.

***Condiții de validare:***

* familiarizarea personalului cu termenii și procesele documentate;
* existența, forma, structura, relevanța, actualitatea și legalitatea documentelor;
* corelarea dintre documente;
* încărcarea documentelor elaborate/actualizate în aplicația informatică CaPeSaRo;
* cunoașterea acestor documente de către personalul responsabil;
* transpunerea în practică a prevederilor acestor documente;
* înțelegerea de către întregul personal a misiunii și viziunii organizației.

***1.1.1. Criteriu -******Planul de dezvoltare se bazează pe analiza nevoilor de îngrijire a populației și a pieței de servicii***

Îndeplinirea acestui criteriu se reflectă în identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate și a pieței de servicii medicale (care va sta la baza planului de dezvoltare), în planificarea acțiunilor, pentru obținerea rezultatelor preconizate.

***Analiza nevoilor de servicii de sănătate și a pieței de profil din zonă:***

* profilul demografic și socio-economic al populației din arealul geografic acoperit prin activitate (numărul populației, densitatea populației, repartiția pe grupe de sex, grupe de vârstă, urban-rural, natalitatea, morbiditatea);
* utilizarea informațiilor accesibile privind starea de sănătate a populației vizate (exemplu: indicatori de morbiditate - incidența și prevalența, dizabilități, categorii de afecțiuni dintre cele mai frecvente la nivelul populației, programe de sănătate regionale sau locale derulate etc., comparații relevante);
* pentru asigurarea continuității serviciilor de sănătate se recomandă trecerea în revistă a furnizorilor publici și privați de servicii medicale, pe categorii și niveluri de asistență (organizații, personal medical, dotări, servicii, acoperire): medicina de familie, asistența medicală comunitară, ambulatorii de specialitate clinice și paraclinice, medicină fizică și recuperare, asistență medicală de urgență prespitalicească, structuri spitalicești de urgență UPU/CPU, unități sanitare cu paturi pentru pacienți cronici sau acuți, unități care acordă îngrijiri paliative etc;
* nivelul și sursele de finanțare (exemplu : valoarea contractelor cu CJAS, valoarea contractelor pentru programe de sănătate, valoarea din venituri proprii, valoarea finanțărilor din fonduri nerambursabile, grant-uri);
* situația personalului de specialitate - medici și asistenți medicali pe categorii și specialități, după caz;
* concluzii relevante pentru managementul organizației.

***Surse de date***

* rapoarte anuale asupra stării de sănătate a populației - DSP;
* anuarul de statistică sanitară și alte publicații ale Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică;
* indicatori de morbiditate relevanți, publicați de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS) (www.drg.ro);
* raportul național al stării de sănătate a populației publicat de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP), Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate (CNEPSS) <https://insp.gov.ro/2021/12/29/raportul-national-al-starii-de-sanatate-a-populatiei-2020/>;
* anuarul statistic al României publicat de Institutul Național de Statistică (INS), publicații ale Direcțiilor Județene de Statistică http://www.insse.ro/cms/ro/tags/anuarul-statistic-al-romaniei;
* alte surse (pagini web: Consiliul Județean / primărie / Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București, studii științifice etc.);
* statisticile naționale ale României publicate la nivelul Eurostat și indicatorii referitori la domeniul asistenței medicale.

***1.1.1.1. Cerință -******Unitatea sanitară utilizează o analiză a nevoilor de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul aferent unde este localizată***

Realizarea analizei nevoilor de îngrijire a populației/comunității deservite, contribuie la strategia dezvoltării organizației și constituie baza elaborării Planului de dezvoltare/management, urmărind totdeauna nevoile de sănătate a populației deservite.

Această analiză poate cuprinde informații cu privire la:

* date demografice (exemplu: numărul populației, densitatea populației, repartiția pe sexe, grupe de vârstă, urban-rural, natalitatea, morbiditatea, mortalitatea);
* morbiditatea (incidența și prevalența) principalelor categorii de afecțiuni cele mai frecvente la nivelul populatiei din arealul geografic acoperit prin activitate;
* număr de servicii furnizate (exemplu: consultații, programe de sănătate derulate etc.);
* nivelul și sursele de finanțare;
* situația personalului de specialitate - medici și asistenți medicali;
* calitatea și siguranța pacienților încă din etapa de planificare a activităților;
* principalele direcții de acțiune pentru următorii ani;
* modul de alocare a resurselor;

Planul de dezvoltare al organizației, trebuie să ia în considerare punctele tari și punctele slabe ale organizației, oportunitățile, amenințările, potențialul și nevoile concrete ale pacienților.

***1.1.1.2.******Cerință -******Planul de dezvoltare vizează îmbunătățirea calității serviciilor, în concordanță cu obținerea de venituri din prestarea activităților de îngrijire medicală la domiciliu***

Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor și siguranței pacientului necesită existența unui plan de dezvoltare a calității, care poate fi inclus în planul de management, adresat tuturor activităților organizației, alocând resursele pentru implementarea acestuia.

Un aspect important în elaborarea planului este centralizarea inițiativelor de îmbunătățire, armonizarea între ele și estimarea unor rezultate măsurabile.

***1.1.1.3.******Cerință -******Planul de dezvoltare al unității sanitare are în vedere parteneriate pentru cercetare, dezvoltare și inovare***

Pe întreg parcursul manualului, prin planul de dezvoltare al USA se va înțelege planul de management.

Efectul urmărit prin îndeplinirea acestui obiectiv este de a stimula cercetarea și inovarea serviciilor de sănătate necesare rezolvării problemelor de sănătate ale pacienților cărora se adresează USA, prin corelare cu noile tehnologii pentru patologii complexe, inclusiv prin constituirea unor echipe medicale care să asigure acumularea unei experiențe profesionale și care să crească nivelul de competență al unității.

Temele abordate de către USA în cercetarea științifică trebuie să țină cont și de obiectivele de dezvoltare, astfel încât rezultatul acestei activități să poată contribui la creșterea eficacității și eficienței serviciilor de sănătate oferite pacienților, precum și la creșterea siguranței și calității vieții profesionale a angajaților.

***1.1.2. Criteriu -******Structura organizatorică și managementul organizațional asigură derularea optimă a proceselor de acordare a îngrijirilor medicale la domiciliu***

Îndeplinirea acestui criteriu se reflectă în elaborarea unui plan de dezvoltare/management, care trebuie să fie în concordanță cu viziunea și misiunea USA, prin identificarea proceselor derulate în cadrul activităților de furnizare a serviciilor de IMD și realizarea unei planificări a activităților necesare conform direcțiilor de dezvoltare stabilite.

Standardul facilitează asimilarea de către USA a conceptului de adaptare și dezvoltare a organizației și de planificare a activităților asociate obiectivelor organizaționale stabilite, în raport cu cerințele pieței și cu modelul de organizare și funcționare implementat.

**Exemple de direcții de acțiune:**

* adaptarea serviciilor la nevoile specifice și așteptările populației deservite;
* îmbunătățirea rezultatelor obținute la nivelul USA, într-o manieră sustenabilă;
* crearea unui mediu sigur, de susținere și de încredere pentru pacient;
* crearea unui mediu de siguranță și motivare pentru personalul angajat;
* îmbunătățirea calității îngrijirilor furnizate printr-o abordare personalizată a fiecărui caz;
* dezvoltarea și furnizarea serviciilor de sănătate în parteneriat cu comunitatea pe care o deservește;
* promovarea unei culturi organizaționale orientate către planificarea serviciilor de sănătate, calitate și performanță;
* asigurarea procesului de înregistrare și documentare a activităților și deciziilor la nivelul organizației;
* asigurarea cooperării în interiorul organizației.

***1.1.2.1. Cerință -******Structura organizatorică este fundamentată și documentată respectiv analizată și actualizată ori de câte ori este necesar***

Planificarea activităților necesare îndeplinirii obiectivelor USA se realizează cu stabilirea responsabilităților persoanelor implicate în desfășurarea lor.

Gradul de încărcare cu sarcini a personalului, cererea și nevoia de servicii de sănătate, pot duce la modificarea periodică a structurii organizației.

Se recomandă ca periodic USA să efectueze analiza modului de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației, conducerea unității actualizând în consecință structura organizatorică, ROF/RI, după caz.

Pentru ***validarea cerinței*** este necesar:

* formalizarea și asumarea de către conducerea USA a planului de dezvoltare;
* asigurarea resurselor necesare îndeplinirii obiectivelor din planul de dezvoltare al USA.

***1.1.2.2. Cerință -******Unitatea sanitară a luat toate măsurile necesare pentru menținerea condițiilor de autorizare și/sau avizare specifice, prevăzute de reglementările legale în vigoare, inclusiv pe cele referitoare la echipamente și dispozitive medicale***

USA trebuie să funcționeze cu toate avizele și autorizațiile prevăzute de actele normative în vigoare. Efectul urmărit prin îndeplinirea acestui obiectiv este ca aceasta să se preocupe permanent de menținerea și actualizarea condițiilor necesare pentru buna funcționare a serviciilor furnizate, cu respectarea în permanență a cerințelor legale.

Îndeplinirea acestui criteriu presupune existența, valabilitatea și conformitatea tuturor avizelor și autorizațiilor prevăzute de lege, precum și monitorizarea activităților aflate sub incidența acestora.

Pentru îndeplinirea obiectivului specific, USA desfășoară activități ale căror rezultate răspund la următoarele cerințe:

* autorizațiile și avizele legale necesare funcționării în condițiile de competență asumată, în termen de valabilitate;
* achizițiile de dispozitive, echipamente și aparatură necesare acordării ÎMD;
* periodicitatea mentenanței/service-ului aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.

*Autorizații (exemple)*

1. Autorizație sanitară de funcționare (ASF), care să cuprindă codurile CAEN (Clasificarea Activităților din Economia Națională) specifice activităților desfășurate de USA, cu anexe detaliate privind structura, pentru fiecare structură, emisă de către Direcția de sănătate publica județeană (conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1030/2009, completat și modificat cu Ordinul Ministerului Sănătății nr. 251/2012 și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1185/2012 ).
2. Autorizație pentru desfășurarea de activități în domeniul nuclear emisă de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare (CNCAN), pentru aparatura medicala portabilă existentă, dacă este cazul.
3. Autorizație de funcționare în domeniul medico-balnear și al valorificării terapeutice a factorilor sanogeni - emisă de Ministerul Sănătății (conform HG 1154/2004), dacă este cazul.
4. Autorizație de funcționare în domeniul îngrijirilor la domiciliu emisă de către DSP județeană/DSP a Municipiului București, conform Ordinului nr. 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcţionare şi autorizare a serviciilor de ÎMD și normelor metodologice de aplicare a acestuia.
5. Autorizație de funcționare - emisă de Direcția de Sănătate Publică (DSP), pentru ambulanțe proprii de transport pacienți – transport medical asistat, transport sanitar neasistat, consultații la domiciliu etc.(conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1519/2009).
6. Autorizație de securitate la incendiu sau în absența acesteia, negație din partea Inspectoratului pentru Situații de Urgență (ISU), pentru locația care găzduiește dispeceratul USA pentru IMD, sau se verifica procesele verbale de control ale ISU și respectarea măsurilor dispuse prin acestea.
7. Buletin de verificare Protecție prin Relee de Automatizare și Măsură (PRAM) - Firmă/persoană atestată Autoritatea Națională de Reglementare în domeniul Energiei (ANRE).

*Avize (exemple)*

1. Aviz privind structura organizatorică inițială/modificarea structurii organizatorice a unității sanitare emis de Ministerul Sănătății, Direcția Organizare și Politici Sanitare (conform Legii 95/2006 cu modificările și completările ulterioare ) – pentru unitățile sanitare publice.
2. Certificat constatator privind înregistrarea declarației pe proprie răspundere conform căreia persoana juridică îndeplinește condițiile de funcționare din punct de vedere al securității în muncă pentru activitățile declarate – emis de Inspectoratul teritorial de muncă.
3. Expertiză de risc seismic – realizată de un expert autorizat și plan de măsuri întreprinse de US, în vederea conformării, pentru unități sanitare (sediul ÎMD) care funcționează în clădiri care prezintă risc de avariere la seism.

Pentru autorizațiile/avizele care necesită evaluarea periodică a unor parametri~~i~~, este necesară evaluarea acestora cu ritmicitatea prevăzută în reglementările legale și menținerea acestora în intervalul de referință acceptat.

***1.1.3. Criteriu - Modul de administrare a resursei umane este documentat și adaptat necesarului pentru desfășurarea activității unității sanitare***

Scopul acestui criteriu este de a determina USA să dezvolte și să implementeze o politică de resurse umane bazată pe principii și practici moderne privind planificarea, selecția, recrutarea și motivarea personalului.

Pentru îndeplinirea acestui criteriu, USA trebuie să identifice și să evalueze periodic nevoile de perspectivă în domeniul resurselor umane și să opereze un sistem corect de înregistrări.

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

**Direcțiile de acțiune sunt:**

* planificarea resursei umane, în raport cu nevoile reale ale USA;
* dezvoltarea resursei umane prin dimensionare corectă, calificare și perfecționare.

***1.1.3.1. Cerință -******Unitatea sanitară stabilește necesarul de personal în baza planului de dezvoltare***

Conducerea USA stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor.

Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente, pe baza adresabilității, specificului activității dar și în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.

Estimarea anuală a ***necesarului de personal*** ține cont de:

* normele legale privitoare la resurse umane;
* resursele umane necesare pentru îndeplinirea obiectivelor din planul de dezvoltare;
* personalul pensionabil;
* dinamica estimată a persoanelor temporar indisponibile (îngrijire copil, concedii, suspendare etc.);
* oportunitățile de atragere a profesioniștilor;
* condiții speciale de muncă;
* nevoia de îngrijiri de sănătate, respectiv serviciile prestate;
* oportunități de dezvoltare a serviciilor oferite ca urmare a dobândirii competențelor suplimentare;
* derularea programelor de voluntariat, unde este cazul.

US face dovada legalității activității angajaților prin contract individual de muncă, fișa de post, etc.

***1.1.3.2. Cerință -******Obiectivele planului de dezvoltare sunt defalcate pe acțiuni în fișa postului la fiecare nivel, cunoscute și asumate de către fiecare angajat***

Personalul este instruit privitor la atribuțiile, responsabilitățile și obligațiile din fișa postului, inclusiv sarcinile suplimentare stabilite prin decizia managerului.

Se verifică structura posturilor și se dispun măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.

Planificarea activităților duce la o mai bună cunoaștere a activităților personalului angajat.

Analiza trebuie să evidențieze:

* situația posturilor ocupate sau vacante, raportat la numărul total al posturilor;
* structura personalului adaptată la nevoia de îngrijire a pacienților.

***1.1.3.3. Cerință -******Formarea și dezvoltarea profesională continuă a personalului sunt adecvate specificului și nevoilor unității sanitare***

Formarea și dezvoltarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității.

Elaborarea, aprobarea și punerea în aplicare a unei modalități de instruire, formare continuă, perfecționare și/sau calificare a personalului.

Este necesară realizarea evaluării performanțelor profesionale ale personalului și analizarea rezultatelor acestei evaluări.

Personalul care desfășoară activitate în US este calificat și autorizat, conform legii.

Pentru desfășurarea activității resurselor umane în condiții de legalitate, USA asigură:

* monitorizarea calificărilor, autorizărilor și avizelor profesionale precum și a atestatelor competențelor personalului;
* stabilirea și respectarea modalității de abordare, integrare și evaluare a personalului nou angajat;
* stabilirea și implementarea sistemului de evaluare a activității personalului angajat, precum și a modalității de abordare a celor cu probleme identificate în evaluare.

***1.1.3.4. Cerință -******Politica de personal este transparentă, standardizată și capabilă să motiveze angajații, oferind acestora protecție și satisfacție în viața profesională față de munca prestată***

Pentru a asigura servicii adaptate nevoilor specifice ale pacienţilor (ex.: grad de dependenţă), este recomandat ca USA să își organizeze activitatea într+un sistem flexibil (în limita legii), cuun program de lucru (ture) adaptat.

În raport cu volumul de servicii oferit şi complexitatea acestora, USA îşi stabilește numărul și calificarea personalului necesar.

Util pentru buna şi corecta funcţionare a USA este să se aibă în vedere și să se evalueze permanent gradul de motivare al angajaților, proces care permite orientarea în dinamică a măsurilor de luat în funcție de problemele identificate; astfel se poate reduce riscul de plafonare profesională, de motivare, renunțare, de pierdere de personal calificat etc.

Identificarea riscului de epuizare profesională trebuie să fie o preocupare constantă a USA.

Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului USA și angajați, se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.

Îmbunătățirea managementului resurselor umane prin utilizarea rezultatelor analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților cu participarea reprezentanților angajaților.

Crearea condițiilor de lucru care să satisfacă așteptările și exigențele personalului și analiza nivelului de satisfacție a acestora, permite adoptarea de măsuri pentru creșterea performanțelor profesionale.

***1.1.3.5. Cerință -******Unitatea sanitară asigură echipament de lucru și mijloace de protecție corespunzătoare***

O mare importanță este dată de asigurarea echipamentelor individuale de lucru și mijloacelor de protecție personală adecvate, respectând normele de protecție a muncii și normele sanitare, asigurând conform fiecărei activități, echipamente de protecție adaptate pentru toți angajații.

Echipamentul de protecție personală, cum ar fi mănușile, șorțurile și protecția ochilor, trebuie să fie purtat în caz de curățare manuală și manipulare de soluții chimice; de asemenea, trebuie purtate mănuși de cauciuc corespunzătoare când se manipulează instrumente ascuțite, înțepătoare, substanțe chimice, deșeuri etc.

***1.1.4. Criteriu -******Bugetul de venituri și cheltuieli ale unității sanitare susține realizarea activităților planificate***

Cerințele criteriului urmăresc să determine atât din partea echipei de conducere, cât și din partea angajaților, un comportament responsabil în fundamentarea cheltuielilor, astfel încât cheltuielile necesare pentru realizarea serviciilor de sănătate să fie acoperite din veniturile realizate, în cazul furnizorilor privați sau din bugetul alocat, în cazul USA de stat.

Conducerea USA identifică principalele amenințări cu privire condițiile întreruperii derulării proceselor și activităților, pentru a asigura condițiile necesare pentru realizarea continuității activității, în toate împrejurările și pe toate planurile, indiferent de natura perturbărilor.

BVC este un instrument de management financiar foarte util oricărei organizații, indiferent de tipul de activitate sau mărime. Cu ajutorul bugetului se obține o imagine de ansamblu asupra resurselor financiare necesare desfășurării activităților și a modului de utilizare a acestora. Pentru a planifica bugetul cât mai realist trebuie să fie cunoscute în amănunt activitățile care urmează a se realiza precum și o estimare a veniturilor pe care organizația preconizează a le obține, respectiv estimarea cheltuielilor și monitorizarea acestora pentru a avea continuitate.

Componentele unui buget:

* venituri estimate (în funcție de istoricul organizației și obiectivele acesteia);
* costuri fixe (aceleași, indiferent de nivelul serviciilor prestate);
* costuri variabile (diferă în funcție de obiective).

Totodată se au în vedere:

* fluxul de numerar / cash –flow-ul (banii care intră în organizație și cei care ies din aceasta lunar);
* profitul (rezultatul scăderii cheltuielilor din venituri).

Un buget slab organizat poate duce la un deficit care generează pierderi de resurse importante sau un buget supraestimat, caz în care rămân resurse nealocate, reprezintă un semn de organizare slabă.

***1.1.4.1. Cerință -******Bugetul de venituri și cheltuieli se întocmește în funcție de planul de servicii oferite și de analiza exercițiului financiar anual precedent***

Identificarea cât mai exactă a cheltuielilor și a veniturilor pentru fiecare activitate la nivelul USA, aferente anului precedent, astfel încât să se evite disfuncționalități generate de insuficiența resurselor financiare.

Proiectarea bugetului de venituri și cheltuieli în cazul USA publice sau planificarea veniturilor și cheltuielilor unei USA private, se poate realiza pe orice perioadă, pe obiective, pe activități sau programe, pe baza planului de servicii oferite.

Pentru determinarea costului mediu pe serviciu se iau în calcul și medicamentele (cu excepția – medicației din trusele de urgență) și materialele sanitare utilizate dar și costurile conexe actului medical prestat.

***1.1.4.2. Cerință -******Unitatea sanitară monitorizează costurile serviciilor medicale furnizate pentru actualizarea tarifelor***

Monitorizarea cheltuielilor, raportate la veniturile încasate în cazul USA private, permite menținerea echilibrului financiar fără afectarea calității serviciilor medicale.

În vederea evaluării costurilor pe pacient și pe boală, pentru eficientizarea cheltuielilor, este recomandat ca USA să utilizeze o metodă unitară de monitorizare a cheltuielilor.

În vederea optimizării serviciilor oferite, pentru repartizarea judicioasă a resurselor, analiza modului de desfășurare a procesului de furnizare a serviciilor trebuie realizată periodic, cu implicarea tuturor nivelurilor de management.

***1.1.4.3. Cerință -******Aprovizionarea sectoarelor de activitate asigură continuitatea în furnizarea serviciilor***

Cerința urmărește să determine atât din partea conducerii USA, cât și din partea angajaților, un comportament responsabil cu privire la aprovizionarea sectoarelor de activitate pentru realizarea serviciilor medicale care să răspundă nevoilor pacienților.

USA asigura evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.

Este necesară evidența serviciilor și produselor critice, care pot influența negativ atât siguranța pacienților cât și calitatea serviciilor oferite, prin apariția unor discontinuități sau disfuncționalități în furnizarea acestora.

Pentru eficientizarea activității, la nivelul USA este necesar să existe o evidență și o analiză periodică a stocurilor și a consumurilor de materiale, pentru a permite actualizarea lor și a asigura un stoc minim.

În scopul asigurării continuității asistenței medicale aprovizionarea trebuie să țină cont atât de consumurile estimate și de cele efectiv realizate.

***9.3.2. Standard 1.2 - Sistemul informațional este organizat pentru a răspunde sarcinilor de colectare, stocare temporară, prelucrare, arhivare și distrugere a datelor, din mediul intern și extern, necesare desfășurării activităților specifice unității sanitare precum și sarcinilor de comunicare internă și externă***

**Scopul** acestui standard este de a orienta USA spre un management performant al sistemului informațional ca suport pentru desfășurarea eficientă a tuturor activităților.

Astfel, sistemul informațional este ansamblul de fluxuri de informații și circuite de date care asigură conexiunea informațională dintre sistemul decizional și cel operațional, indiferent dacă este administrativ, financiar sau medical.

Din punct de vedere informatic și informațional, prin îndeplinirea standardului se urmărește existența și coerența în funcționare a sistemului informațional, adaptabil tehnic și operațional atât din punctul de vedere al datelor colectate (o bază de date completă, securizată, funcțională și flexibilă), cât și din cel al asigurării comunicării eficace între diferitele structuri, utilizând mijloace adecvate de înregistrare, prelucrare, transmitere și stocare a informațiilor în condiții de siguranță și securitate a datelor.

Standardul pune accent major pe preocuparea USA de a utiliza sisteme informaționale, care să poată susțin~~e~~ atât luarea deciziilor manageriale optime, cât și nevoile practicienilor din USA, în desfășurarea unei activități medicale eficiente, eficace și, după caz, de susținere a procesului educațional intern, precum și de interoperabilitate cu alte sisteme.

Atâta timp cât sistemul informațional este componentă de legătura între sistemul decizional și cel operațional, este foarte important ca această componentă să fie una funcțională și bine organizată. Funcționalitatea sistemului informațional al unei USA se bazează pe faptul că datele pacientului reprezintă baza informațională vehiculată în cadrul sistemului sanitar.

Chiar dacă se poate face o distincție între datele administrative și cele medicale, aceste date coexistă și, ca atare, sistemul care le gestionează trebuie să cuprindă informația per ansamblu, indiferent de tipul de date utilizat sau locul din care provine.

De asemenea, informația administrativă trebuie coroborată cu cea medicală ca să se poată asigura funcționalitatea eficientă și eficace a USA.

Pe de altă parte, dosarul pacientului, chiar dacă are un caracter individual, este utilizat conform reglementărilor, de specialiștii din sistemul de sănătate, pentru a avea continuitate informațională din perspectiva îngrijirilor de sănătate.

Activitatea medicală, indiferent sub ce formă se desfășoară, este generatoare de informații. Cu cât această activitate este mai complexă și mai dinamică, cu atât volumul de informații crește și se diversifică, fiind recomandată o gestiune a acestor date prin intermediului unui sistem informatic implementat la nivel organizațional. În fiecare organizație distingem două tipuri de date care se întrepătrund și își pot schimba caracterul în funcție de asocierea sau scoaterea dintr-un anumit context:

* date / informații cu caracter personal;
* date / informații cu caracter general.

Formal, există legiferate cele două variante ale informației, prin:

* Legea nr. 544 / 2001 privind liberul acces la datele de interes public, cu modificările și actualizările ulterioare, prevede obligațiile pe care le au instituțiile publice cu privire la transparența actului decizional.
* Legea nr. 129 /2018 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date definește categoriile de date cu caracter personal, sunt prevăzute reguli generale și speciale privind prelucrarea datelor cu caracter personal, cu paragrafe dedicate datelor cu caracter personal cu funcție de identificare și privind starea de sănătate.
* Legea nr. 190 / 2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului Uniunii Europene 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/Comisia Europeană (CE) (Regulamentul general privind protecția datelor).

Indiferent de natura informației (medicală, administrativă, științifică, educativă) sau de sursa de proveniență, aceasta trebuie tratată în funcție de caracterul său confidențial sau public/general. Astfel, dacă ne referim la date confidențiale acestea trebuie să respecte aceleași principii, fie că provin de la pacient, personalul angajat sau terți colaboratori.

*Sistemul informațional* asigură gestiunea tuturor informațiilor din cadrul unei organizații, folosind toate metodele și procedeele de care dispune.

Ansamblul informațiilor și deciziilor (caracterizate prin conținut, frecvență, calitate, volum, formă, suport) necesare desfășurării unei anumite activități sau operații și care se transmit între două posturi de lucru, formează un *flux informațional*.

Între *circuitul informațional* și *fluxul informațional* există o strânsă dependență, în sensul că, *circuitul informațional* reflectă traseul și mijlocul care asigură circulația unei informații de la generarea ei și până la arhivare, iar *fluxul informațional* reflectă ansamblul și secvențialitatea informațiilor vehiculate, necesare unei anumite activități.

*Sistemul informațional*cuprinde, într-o concepție unitară, circuitele și fluxurile informaționale, la care se adaugă metodele și tehnicile de prelucrare a informațiilor.

*Sistemul informatic* este o componentă a *sistemului informațional* și anume, acea parte a acestuia care preia și rezolvă sarcinile de culegere, prelucrare, transmitere, stocare și prezentare a datelor cu ajutorul sistemelor de calcul și a aplicațiilor informatice. Pentru a-și îndeplini~~i~~ rolul în cadrul sistemului informațional, sistemul informatic cuprinde ansamblul tuturor resurselor și tehnicilor, prin care se asigură prelucrarea automată a datelor. Aceste resurse se grupează în următoarele categorii:

* ansamblul de echipamente (hardware): computere de tip stații de lucru, servere - inclusiv sisteme pentru protejarea și recuperarea datelor în caz de atac informatic, avarie sau dezastru, rețea, suporturi de stocare digitizate, dispozitive periferice – monitoare, tastatura, mouse, scanner, camere web, boxe, imprimante, etc., care formează baza tehnică a sistemului informatic;
* programe/aplicații informatice (software) care cuprind programul informatic de bază (sistemul de operare al computerelor) respectiv programe informatice de lucru (aplicații specifice activității USA), inclusiv programe de protejare și recuperare a datelor;
* baza de date, structurată conform specificului activităților pentru care sunt utilizate programele informatice de lucru;
* ansamblul de resurse umane și cadrul organizatoric, format din personalul de specialitate, administratori de sisteme informatice, respectiv operatori/utilizatori a programelor informatice de lucru.

*Procesul de prelucrare automată a datelor* în cadrul unui sistem informațional reprezintă procesul prin care datele sunt supuse operațiilor de culegere, transmitere, prelucrare, securizare și stocare.

*Securitatea datelor* constă în ansamblul de măsuri pe care o organizație le ia în vederea protejării informației de o gamă largă de amenințări și care presupune asigurarea și menținerea capacității sistemului de prelucrare a datelor, cu respectarea următoarelor caracteristici: confidențialitatea, integritatea, disponibilitatea și certificarea originii datelor.

*Interoperabilitate* reprezintă capacitatea diferitelor entități / sisteme / aplicații informatice de a schimba date prin intermediul unui set comun de proceduri și protocoale astfel încât să răspundă punctual unor probleme sau sectoare de activitate.

Pentru ca o organizație să funcționeze în mod eficient, aceasta trebuie să identifice și să gestioneze activitățile corelate. Activitatea medicală în ansamblu consumă resurse și trebuie să fie gestionată în așa fel încât intrările să fie transformate în ieșiri creând un proces în care datele pacientului sunt principalele informații vehiculate.

Astfel, implementarea unui sistem informatic integrat și adaptat specificului activităților din cadrul USA, presupune gestiunea datelor medicale și financiare corelate actului medical, garantând trasabilitatea informației în cadrul sistemului, un control permanent al resurselor, o eficiență sporită a activităților medicale și nemedicale, precum și oportunități de îmbunătățire continuă.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* utilizarea sistemelor informaționale care să poată susține nevoile practicienilor în desfășurarea unei activități medicale eficiente, eficace și de calitate, prin integrarea fluxurilor de date medicale cu cele nemedicale.
* crearea premiselor pentru implementarea unor sisteme informatice interoperabile la nivel local, regional și național.

***1.2.1. Criteriu -******Sistemul informațional se structurează după cerințele planului de dezvoltare a unității sanitare***

Definirea structurilor implicate (structura organizatorică, statul de funcții) => definirea serviciilor furnizate.

Legea 190/2018 prevede măsurile de aplicare ale GDPR, printre care: obligativitatea numirii unui Responsabil cu protecția datelor și creare a unui registru propriu de înregistrare a notificărilor asupra tuturor categoriilor de prelucrări de date.

Procesele informaționale fundamentează eficient deciziile la nivelul USA și sistemul informatic cu toate mijloacele de păstrare a datelor, asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea lor.

Păstrarea confidențialității datelor trebuie privită ca o regulă generală nu ca o activitate procedurată. În condițiile în care păstrarea confidențialității este prevăzută doar în fișa postului și este reglementată prin procedură, efectele acestor prevederi dispar odată cu încetarea raporturilor de muncă.

Prin urmare, informațiile care fac obiectul clauzei de confidențialitate trebuie să fie menționate în RI, prin referire la denumirea generică a activităților care fac obiectul unei asemenea clauze, sau prin prevederea acestora în mod detaliat în contractele individuale de muncă. Integritatea datelor, corectitudinea acestora poate fi asigurată doar printr-o activitate de verificare continuă.

***1.2.1.1. Cerință - Sistemul informațional colectează, stochează, prelucrează informațiile din mediul intern și extern și le pune la dispoziție compartimentelor / funcțiilor conform responsabilităților care le revin în activitatea unității sanitare, ținând cont de planul de dezvoltare***

Sistemul informațional și toate mijloacele de păstrare a datelor (mijloace de tratare a informațiilor) asigură confidențialitatea, integritatea, securitatea datelor și sunt strict reglementate.

Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarele de activitate.

Accesul personalului angajat, în sistemul informatic se face controlat, prin reglementări interne ale USA.

***1.2.1.2. Cerință - Unitatea sanitară asigură adaptarea sistemului informațional la cerințele activității***

Stabilirea datelor care trebuie actualizate în sistemul informațional și a comunicării interne și externe necesare desfășurării activității generate de sistemul informațional sunt reglementate.

Se asigură continuitatea furnizării de servicii prin păstrarea funcționalității și adaptarea sistemului informatic la cerințele activității USA.

***1.2.1.3. Cerință - Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților***

Pentru pregătirea personalului USA, a evaluării și instruirii periodice, se folosește sistemul informațional, aceștia fiind informați și cu privire la: drepturile de acces, prelucrarea, arhivarea, distrugerea de date, politicile de securitate, etc.

Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din USA, existând o bază de date cu suporturi de curs, informații relevante pentru bună desfășurare a activităților din cadrul USA (informații medicale, juridice, proceduri, standarde, ordine, legi etc).

***1.2.2. Criteriu -******Circuitele și fluxurile informaționale susțin desfășurarea activităților și a procesului decizional din fiecare compartiment***

Circuitele și fluxurile informaționale asigură datele necesare documentării activităților USA și sistemul informațional și informatic este integrat activităților desfășurate în USA, conform structurii organizaționale.

***1.2.2.1. Cerință -******Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util***

Suportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în USA (suport letric, electronic, optic) și fluxul de utilizare a acestora sunt definite și respectate conform procedurilor interne.

Exista reglementări interne și reglementari de prioritizare privind transmiterea fluxurilor informaționale, acestea reflectând organizarea internă a USA pe activități.

***1.2.2.2. Cerință -******Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de confirmare a recepției informației și de alertare pentru a preveni apariția erorilor decizionale***

Sistemul informațional are prevăzut un sistem integrat de alerte, în funcție de specificul departamentului/structurii, stabilite în funcție de setările accesului pentru fiecare categorie de personal.

Auditarea sistemului și identificarea situațiilor de alerte (alerte de funcționalitate, medicale, suport tehnic) sunt stabilite de către personalul responsabil cu securitatea și monitorizarea sistemului.

***1.2.2.3. Cerință -******Performanța procesului informațional este evaluată anual***

Este necesar utilizarea unui sistem informatic integrat, care să permită trasabilitatea informației. Blocajele sistemului informațional, situațiile de alertă, erorile, necesită verificarea acestuia. Verificările periodice pot identifica și alte deficiențe, care, remediate, vor duce la fiabilitatea și reziliența sistemului informațional.

***1.2.3. Criteriu - a sanitară aplică prevederile legale care reglementează proprietatea, confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor utilizate în desfășurarea activităților specifice, cât și în cazul interacțiunilor cu o terță parte***

Sistemul informațional răspunde necesităților de informații și stabilește utilizarea lor eficientă în interiorul cât și în exteriorul USA.

USA respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor și are reglementări cu privire la:

* informări periodice privind legislația în vigoare referitoare la securitatea datelor;
* implementarea de măsuri tehnice și organizatorice pentru a asigura securitatea datelor personale;
* securitatea informațiilor și controlul accesului;
* respectarea cerințelor tehnice;
* utilizarea soluțiilor de securitate (ex.: Firewall, antivirus etc.);
* raportarea corectă și la timp a incidentelor de securitate;
* informarea și pregătirea prin sistemul informatic și informațional.

Securitatea datelor constă în ansamblul de măsuri pe care o organizație le ia în vederea protejării informației deținute, de o gamă largă de amenințări și presupune asigurarea și menținerea capacității sistemului de prelucrare a datelor cu respectarea următoarelor caracteristici:

* confidențialitate, integritate, disponibilitate, certificarea originii datelor.

***1.2.3.1. Cerință -******În activitatea unității sanitare se respectă legislația în vigoare privind securitatea datelor***

Există informări periodice privind legislația în vigoare, referitoare la securitatea datelor și reglementari și proceduri interne privind securitatea acestora și controlul accesului.

Sunt implementate măsuri tehnice și organizatorice pentru a asigura protecția datelor personale și a accesului la acestea.

Respectarea cerințelor tehnice și de utilizare a soluțiilor de securitate informatica (Firewall, antivirus) în cazul sistemelor informatice, respectiv de securitate fizică în cazul locurilor din dispecerat unde sunt depozitate documentele utilizate în activitatea USA - (supravegehere video).

Raportare corectă și la timp a incidentelor de securitate.

***1.2.3.2. Cerință -******Unitatea sanitară are asigurat un sistem de backup pentru componentele din sistemul informațional necesare în desfășurarea activităților medicale***

Se asigură implementarea unui sistem de back-up a informației, care va asigura păstrarea bazei de date.

Se va avea în vedere verificarea, actualizarea și monitorizarea periodică a respectării salvărilor de date și personalul va fi instruit în acest sens.

***1.2.3.3. Cerință -******Păstrarea, arhivarea și distrugerea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor***

Sunt elaborate și implementate proceduri de prelucrare, păstrare și arhivare a documentelor.

Se face instruirea periodică a personalului privind cerințele de securitate și reglementările referitoare la arhivarea documentelor.

Sunt cunoscute și respectate prevederilor legislative în vigoare.

Elaborarea, cunoașterea și implementarea unor reglementări interne cu privire la regulile de distrugere a documentelor și înregistrărilor medicale la nivelul fiecărei structuri sunt cunoscute.

***1.2.4. Criteriu -******Comunicarea externă asigură respectarea misiunii asumate***

Scopul acestui criteriu este de a determina USA să stabilească o modalitate de comunicare, transmitere a informațiilor în cadrul USA, de la personal și organizație către pacient/aparținători, precum și între profesioniștii implicați în continuitatea serviciilor de sănătate, din perspectiva accesului la îngrijirile medicale, de orientare a pacientului în vederea accesării facile a acestora, creând premisele acordării asistenței medicale centrate pe pacient.

Criteriul urmărește ca personalul să comunice într-un mod eficient cu pacientul și aparținătorii, asigurând calitatea și corectitudinea informațiilor transmise, respectiv aspectele care țin de actul medical, cu scopul de a-i încuraja să devină parteneri, în procesul îngrijirilor medicale, prin decizii informate.

Direcțiile de acțiune:

* îmbunătățirea comunicării instituționale și profesionale cu pacientul;
* încurajarea proceselor educaționale orientate spre pacient și a introducerii conceptului de educație terapeutică cu implicarea activă a pacientului în procesul de îngrijiri de sănătate;
* optimizarea terapiei prin abordarea multidisciplinară a pacientului de către echipe formate cu profesioniști, atât din cadrul USA, cât și ai altor unități medicale, după caz.

***1.2.4.1. Cerință -*** ***Unitatea sanitară pune la dispoziția publicului canale de comunicare pentru transmiterea informațiilor privind îngrijirile medicale furnizate și obținerea feedback-ului***

Adaptarea mijloacelor de comunicare a diferitelor informații către public la posibilitățile tehnice, de înțelegere și utilizare ale de către potențialii beneficiari.

Existența unei pagini de internet bine structurate și ușor de utilizat, cât mai intuitiv cu putință, astfel încât informațiile să fie transmise eficient, ținând cont și de abilitățile tehnice ale potențialilor utilizatori.

Pagina de internet de deschidere să fie în limba română și, după caz, să existe și traducerea în alte limbi, ale minorităților sau/și de circulație internațională.

Accesul facil sau modul de a accesa informații de interes public (despre USA și activitatea prestată).

*Pagina de internet* trebuie să conțină informații despre:

* drepturile și obligațiile pacienților;
* ÎMD care sunt contractate cu casa de asigurări;
* ÎMD pentru care se percepe coplată;
* modul de accesare a serviciilor oferite de către USA;
* medicii care activează în cadrul USA și programul acestora;
* informații și date specifice punctului unic de contact privind conducerea USA;
* chestionarul de satisfacție a pacienților (model și ghid de completare/transmitere) ;
* materiale de educare a pacientului/aparținătoriloe, legate de stil de viața sănătos etc.;
* programul de lucru;
* modul de accesare a dispeceratului USA și orele de acces (poate fi diferit de cel al programului în care se acordă ÎMD).

***1.2.4.2. Cerință -*** ***Unitatea sanitară are reglementată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri externe***

Stabilirea și reglementarea modalităților de comunicare cu specialiștii altor US, în vederea asigurării continuității acordarii ingrijirilor medicale pacienților.

USA are reglementata evidența datelor de contact pentru servicii medicale conexe și responsabili cu comunicarea externă.

Reglementarea comunicării atât cu alte unități sanitare în cazul depășirii de competențe, cât și cu unități de asistență socială (pacienți fără familie și posibilitate de a se autoîngriji), în vederea asigurării accesului pacienților la servicii adecvate pe care USA nu le poate furniza.

***1.2.5. Criteriu - Unitatea sanitară are organizat un sistem de comunicare internă structurat și dimensionat corespunzător cu activitatea desfășurată***

Comunicarea internă este un factor de armonizare a activității USA. Pentru aceasta USA trebuie să se asigure că:

* personalul comunică într-un mod profesional toate aspectele care țin de îngrijirile medicale în cadrul echipei care este responsabilă de asistența medicală;
* personalul depune toate eforturile pentru a asigura calitatea și corectitudinea informațiilor transmise;
* personalul comunică într-o manieră profesională cu pacientul și familia sa sau aparținătorii, implicându-i și încurajându-i să devină parteneri ai procesului de îngrijiri medicale.

Astfel USA reglementează, supraveghează și îmbunătățește procesele care țin de interacțiunea dintre personalul angajat și respectiv între aceștia și pacient. USA are implementate modele de comunicare profesională.

***1.2.5.1. Cerință -*** ***Pentru activitățile efectuate, unitatea sanitară are reglementată comunicarea internă între compartimente / funcții / angajați***

USA are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică, canale de comunicare și fluxuri de comunicare între toate structurile cât și între personalul medical și non medical.

USA identifica situațiile medicale care necesită comunicare specifică (situații critice/deosebite/excepționale) și stabilește modalitățile de comunicare între responsabilii cu soluționarea acestor situații.

Îmbunătățirea și adaptarea comunicării specifice între specialiștii în ÎMD la dinamica activității USA.

***1.2.5.2. Cerință -*** ***Regulile de comunicare sunt aduse la cunoștință personalului***

Reglementările interne (Regulamente, Protocoale, Proceduri, Instrucțiuni etc.) sunt comunicate personalului și sunt cunoscute și utilizate canalele de comunicare internă de către angajați (ex: memo, e-mail, intranet).

Pentru a putea fi respectate toate reglementările interne, USA trebuie să se asigure că acestea sunt aduse la cunoștința persoanelor vizate, într-un mod adaptat nivelului de pregătire, de percepție și responsabilitate a acestora.

***1.2.6. Criteriu - Comunicarea cu pacientul îi facilitează acestuia participarea la procesul de îngrijiri***

Transformarea procesului de comunicare dintre personalul medical și pacient / familia acestuia, dintr-un proces formal în sens unic – personal medical ► pacient, într-un dialog constructiv și participativ, care să responsabilizeze ambele părți pentru reușita îngrijirilor medicale.

Pentru o bună informare a pacientului este recomandat ca serviciile medicale oferite să fie comunicate prin cele mai simple metode, într-un limbaj accesibil.

***1.2.6.1. Cerință -*** ***Comunicarea este adaptată la înțelegerea, nevoile medicale, culturale și religioase ale pacientului / aparținătorilor / Rețelei Primare de Suport***

Comunicarea cu pacienții sau/și aparținătorii în procesul decizional cu privire la efectuarea manevrelor terapeutice, făcută într-un mod și limbaj adaptat și adecvat este esențială pentru asigurarea complianței acestora la acordarea serviciilor medicale.

USA are reglementată modalitatea de comunicare și modul de abordare privind comunicarea informațiilor medicale.

***1.2.6.2. Cerință -*** ***Unitatea sanitară analizează cel puțin semestrial eficacitatea comunicării***

Evaluarea periodică a eficacității și eficienței comunicării se face în baza unei reglementări interne și are în vedere identificarea disfuncționalităților și adoptarea măsurilor de îmbunătățire care se impun.

Este definită limita de competență în domeniul comunicării cu pacientul, în vederea informării corecte și prompte.

***9.3.3. Standard 1.3 - Unitatea sanitară se preocupă de îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului***

**Scopul** acestui standard este de a determina USA să se angajeze într-un proces de asigurare și îmbunătățire continuă a calității și siguranței pacientului, prin dezvoltarea unui proces organizațional de formare a culturii calității la nivelul fiecărei structuri a USA.

Standardul se referă la aspectele organizatorice ale managementului calității, care să determine implementarea de reglementări (exemplu: proceduri, protocoale, etc.) specifice fiecărei structuri din cadrul USA.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* asigurarea cadrului organizatoric pentru dezvoltarea calității serviciilor;
* îmbunătățirea continuă a calității serviciilor și siguranței pacientului într-o USA necesită existența unui plan de management al calității cu scopul implementării lui, atât la nivel de structură cât și la nivel organizațional. Conducerea USA își asumă responsabilitatea pentru alocarea de resurse. Programul este coordonat de către o persoană instruită în implementarea managementului calității, respectiv RMC/SMC;
* planul de management al calității se adresează activității din întreaga USA, astfel încât programul de implementare a planului să conțină o listă de îmbunătățiri pentru întreaga USA. Rolul planului este de a centraliza toate inițiativele de îmbunătățire de la nivelul USA, de a le armoniza între ele și de a coordona eforturile de îmbunătățire de la nivel central;
* planul se bazează pe analiza datelor privind performanța organizației.

**Analiza retrospectivă**

* a evenimentelor adverse interne sau externe din anii precedenți și a rapoartelor de calitate (trimestriale/semestriale/anual) din anul precedent, cu evidențierea ariilor care necesită îmbunătățiri.
* a chestionarelor de satisfacție-experiență a pacienților/aparținătorilor cel puțin din ultimul an;
* a chestionarelor aplicate personalului.

Pentru un rezultat onest, corect și cu adevărat util pentru dezvoltatea USA, chestionarele de satisfacție trebuie să fie anonime. Varianta completării on-line, pe site-ul USA, este cea care ar oferi anonimatul scontat, dar este mai greu accesibilă mai ales pacienților vulnerabili.

**Analiza prospectivă**

* a riscurilor generate de activități cu potențial mare de risc sau activități cu volum mare.
* analiza propunerilor de îmbunătățire din partea tuturor angajaților.
* modele de bună practica preluate din alte organizații de profil.
* promovarea procesului de îmbunătățire a calității serviciilor furnizate.
* monitorizarea, măsurarea și îmbunătățirea performanței organizației.

Programul de îmbunătățire a calității se bazează pe informații științifice actuale, curente și conține acțiuni privind îmbunătățirea activităților din următoarele arii:

* îngrijirea pacienților (inclusiv utilizarea de protocoale generate pe baza ghidurilor clinice);
* îmbunătățirea condițiilor de acordare a îngrijirilor de sănătate;
* managementul organizației și eficientizarea îngrijirilor și a serviciilor (inclusiv monitorizarea satisfacției pacienților, controlul EAAAM și utilizarea resurselor umane);
* implementarea standardelor de siguranță a pacientului;
* eficientizarea activității organizației;
* crearea unui cadru adecvat pentru managementul evenimentelor adverse (definire, raportare, analiza, măsuri întreprinse și prevenire).

Planul este difuzat în organizație și personalul este instruit în legătură cu acesta. Pentru ca programul să fie eficient, personalul trebuie să fie informat în legătură cu acesta, să fie familiarizat cu îmbunătățirile propuse și să fie instruit în legătură cu acțiunile ce trebuie să fie întreprinse pentru a obține îmbunătățirile.

***1.3.1. Criteriu - Unitatea sanitară implementează managementul calității serviciilor de sănătate***

Conducerea USA asigură implementarea și organizarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate.

În vederea implementării managementului calității, USA ar trebui să stabilească obiectivele referitoare la calitate, resursele și activitățile care contribuie la realizarea lor.

Acest proces presupune ca la nivel organizațional să existe planificarea activităților de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor ANMCS și măsuri pentru îmbunătățirea calității, precum și nominalizarea la nivel organizațional a unui RMC/SMC sau operaționalizarea unei structuri de management al calității (SMC), unde se poate realiza acest lucru, din punct de vedere al resursei umane.

Pentru asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și siguranței pacientului, programul de îmbunătățire a calității prevede minim o analiză anuală privind îmbunătățirile implementate.

***1.3.1.1. Cerință - Unitatea sanitară stabilește modul de funcționare a managementului calității serviciilor de sănătate***

Pentru asigurarea implementării / dezvoltării eficiente a planului de management al calității este necesară antrenarea întregului personal și în special a responsabililor fiecărei structuri.

Astfel, se recomandă:

* să existe planificarea activităților de formare și instruire periodică a RMC/SMC, a personalului care activează în SMC, a serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
* cunoașterea, punerea în aplicare și monitorizarea implementării reglementării privind autoevaluarea calității serviciilor (ex: FAE);
* existența la nivelul organizației a registrului procedurilor și protocoalelor utilizate și codificate unitar la nivelul USA; este necesară efectuarea unor analize periodice ale respectării procedurilor și protocoalelor de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate;
* RMC/SMC-ul are responsabilitatea gestionării registrului de proceduri, instrucțiuni, protocoale etc. la nivelul USA;
* procedurile/instrucțiunile/metodologiile/protocoalele sunt elaborate de structurile a căror activități este necesar a fi reglementată intern;
* USA are în vedere analiza nivelului de conformitate a reglementărilor/procedurilor/ protocoalelor/metodologiilor existente ca baza de îmbunătățire continua a actului medical;
* rezultatele autoevaluărilor pot fi utilizate la analizele managementului, la îmbunătățirea continuă a proceselor desfășurate la nivelul USA și implicit, a sistemului de management al calității.

***1.3.1.2. Cerință - Unitatea sanitară monitorizează nivelul de satisfacție a pacientului***

Pacienții au dreptul de a-și exprima opinia referitor la serviciile de îngrijire primite, la experienţa avută, la lucrurile învăţate în urma interacţiunii cu respectiva USA; pacienţii pot formula reclamații dar şi sugestii și recomandăm ca USA să ofere răspuns la opiniile exprimate de pacienţi.

Măsurarea nivelului de satisfacție al pacienților și identificarea activităților care generează vreun grad de insatisfacție precum și analiza reclamațiilor sau sugestiilor și acțiunile pentru corectare - sunt instrumente eficiente de îmbunătățire a evaluării experienței pacientului pe parcursul procesului de îngrijire, dar și de creștere a calității serviciilor medicale furnizate de către USA.

Este important ca rezultatele acestei activități să fie cunoscute de către personal, discutate cu acesta, împreună cu măsurile de îmbunătățire adoptate de către conducerea unității.

Se dorește evaluarea calității serviciilor medicale din perspectiva pacientului și îmbunătățirea permanentă a acestora, de aceea USA elaborează și actualizează periodic chestionarele de satisfacție a pacienților.

În vederea stabilirii gradului de satisfacție a pacienților, USA ar trebui să elaboreze chestionare de satisfacție și să le actualizeze periodic, ținând cont de respectarea anonimatului persoanelor întrebate și de modalitatea de completare și returnare a respectivelor chestionare.

Considerăm că este util ca aceste chestionare să conțină întrebări care vizează calitatea comunicării și a ÎMD primite, promptitudinea cu care se răspunde solicitărilor etc.

RMC/SMC-ul este necesar să efectueze o analiză periodică (trimestrială/semestrială) a rezultatelor obținute în urma aplicării chestionarelor de satisfacție a pacienților, care să stea la baza elaborării propunerilor de îmbunătățire a calității serviciilor.

***1.3.1.3. Cerință - Există recomandări / măsuri bazate pe analiza reclamațiilor***

USA utilizează analiza periodică pe baza reclamațiilor primite, dar și pe baza chestionarelor de satisfacție a pacientului, pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate și ca urmare elaborează un plan de măsuri pentru remedierea cauzelor care au generat nemulțumirile, reclamațiile și/sau sesizările.

USA pune la dispoziția pacienților diferite canale de comunicare a plângerilor, sesizărilor, reclamaților, sugestiilor, recomandărilor etc.

Evaluarea și analiza calității serviciilor medicale din perspectiva pacientului duce la îmbunătățirea permanentă a acestora.

În vederea creșterii gradului de satisfacție a pacienților, la nivelul USA există o reglementare a modului de gestionare a sugestiilor și reclamațiilor și de analiză a acestora împreună cu măsurile de urmat. Rezultatul analizei va asigura o imagine reală a nevoilor pacienților de îngrijire medicală și adaptarea continuă a USA la aceste nevoi.

***1.3.1.4. Cerință - Unitatea sanitară monitorizează evenimentele adverse asociate asistenței medicale***

În scopul monitorizării implementării planului de măsuri pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților, este necesar ca la nivelul USA să fie:

* reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, evenimente ce trebuie raportate către ANMCS în termenul prevăzut. USA elaborează o metodologie de identificare, raportare și monitorizare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, fără caracter acuzator;
* definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.

***1.3.2. Criteriu - Unitatea sanitară se preocupă de identificarea și analiza riscurilor neclinice***

USA stabilește direcțiile de acțiune și măsurile de implementat în ceea ce privește managementul riscurilor neclinice, din perspectiva securității persoanelor, precum și a vigilenței, ca elemente importante în procesul decizional.

Managementul riscurilor neclinice asigură protecția pacienților și angajaților față de potențiale prejudicii respectiv modul de acțiune, responsabilitățile și rezerva de resurse utilizabile în caz de situații excepționale sunt organizate și reglementate pentru asigurarea funcționalității.

***1.3.2.1. Cerință - Unitatea sanitară are organizată activitatea de identificare, analiză și diminuare a riscurilor nemedicale***

Managerii la nivelul fiecărei structuri din USA, prin reglementările interne, au organizată identificarea, analiza și tratarea riscurilor, în scopul prevenirii evenimentelor indezirabile.

Toate nivelurile organizaționale au implementat o modalitate de management al riscurilor specifice activităților proprii.

*Managementul riscurilor* poate fi rezumat după cum urmează:

* identificarea pericolului;
* eliminarea pericolului dacă este rezonabil posibil;
* analizarea pericolului dacă acesta nu poate fi eliminat și evaluarea riscului;
* luarea de măsuri pentru a limita consecințele ;
* supravegherea riscurilor.

Evaluarea riscurilor trebuie să acopere fiecare activitate și fiecare post de lucru din USA, luând în considerare fiecare componentă a sistemului de muncă, respectiv angajat, sarcină de muncă, echipamente de protecție pentru angajați, pacienți sau aparținători și mediul de îngrijire. Evaluarea riscurilor servește la îmbunătățirea continuă a condițiilor și în acest scop necesită o documentare adecvată și susținută.

Pentru a înțelege abordarea evaluării de risc este important să se definească termenii de bază.

* Pericol - orice poate cauza o vătămare.
* Risc - combinația între gravitatea vătămării și probabilitatea unui pericol de a cauza vătămarea.
* Evaluare a riscului - procesul de estimare a pericolelor la postul de lucru.
* Prevenire - aplicarea de măsuri pentru eliminarea sau reducerea riscului înainte ca un eveniment să aibă loc.

*O evaluare de risc trebuie să fie:*

* sistematică - urmând o procedură / metodologie definită;
* cuprinzătoare - pentru a aloca priorități măsurilor recomandate;
* adecvată - în ceea ce privește gravitatea și probabilitatea pericolelor;
* documentată - pentru a demonstra că măsurile recomandate se bazează pe dovezi.

Este foarte importantă instruirea personalului în vederea stabilirii de responsabilități privind prevenirea, gestionarea, analiza, monitorizarea și măsurile de diminuare a riscurilor.

Strategii - aplicabile managementului riscurilor

* Acceptarea (tolerarea) riscurilor - neinițierea unor măsuri de control al riscurilor - este adecvată pentru riscurile inerente a căror expunere este mai mică decât toleranța la risc.
* Monitorizarea permanentă a riscurilor - acceptarea riscului cu condiția menținerii sale sub o permanentă supraveghere - Probabilitatea este parametrul supravegheat cu precădere, deoarece strategia monitorizării se aplică în cazul riscurilor cu impact semnificativ, dar cu probabilitate mică de apariție.
* Evitarea riscurilor - eliminarea activităților (circumstanțelor) care generează riscurile.
* Transferarea (externalizarea) riscurilor - încredințarea gestionării riscului unui terț care are expertiza necesară gestionării acelui risc, încheindu-se în acest scop un contract.
* Tratarea (atenuarea) riscurilor – cea mai frecventă – US ia măsuri pentru a menține riscurile în limite acceptabile (tolerabile).

***1.3.2.2. Cerință - Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.), pacienți, angajați și vizitatori***

La nivelul locaţiei USA accesată de angajaţi, posibil de pacienţi, aparţinători, vizitatori etc., locurile cu potențial de risc fizic trebuie identificate și marcate astfel încât să se prevină apariția accidentelor.

Aceeași atenție specială trebuie acordată situațiilor generatoare de risc, indiferent că acestea pot fi la sediul USA, pe traseul spre/de la sau la locaţia unde se oferă servicii; acestea trebuie identificate și pentru acestea trebuie stabilite modalitățile de prevenire a apariției și de limitare a efectelor în cazul în care, în pofida măsurilor de prevenție luate, ele totuși se produc.

***1.3.3. Criteriu - Unitatea sanitară implementează măsuri de protecție a pacientului, aparținătorilor și personalului față de riscurile neclinice***

Scopul acestui criteriu este de a determina USA să stabilească direcțiile de acțiune și măsurile de implementat în ceea ce privește managementul riscurilor neclinice, din perspectiva securității persoanelor și a bunurilor, ca element important în procesul decizional.

***1.3.3.1. Cerință - La nivelul unității sanitare sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane***

Măsurile de securitate adoptate la nivelul USA au în vedere paza spațiilor, protecția și securitatea persoanelor și bunurilor.

Paza și securitatea spațiilor de depozitare a bunurilor la nivelul USA este asigurată, precum și a spațiilor pentru depozitarea documentelor, medicamentelor, echipamentelor, materialelor etc.

***1.3.3.2. Cerință - Unitatea sanitară implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism, incendiu, explozie***

Pentru intervențiile în situații excepționale (seism, incendiu, inundație, explozie), pentru limitarea consecințelor acestora și asigurarea continuității activității, la nivelul USA trebuie să fie desemnate persoanele de intervenție și reglementat modul de acțiune a acestora.

Este necesar să fie permanent actualizată lista persoanelor nominalizate, iar angajații să fie instruiți periodic.

Pentru o mai buna organizare și reglementare a activității USA sunt necesare următoarele:

* cunoașterea modului de anunțare a persoanelor desemnate, responsabile pentru intervenție în aceste situații;
* planificarea simulărilor, verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în aceste cazuri;
* planul de intervenție și modul de evacuare a clădirilor în caz de nevoie;
* modul de evacuare a medicamentelor, materialelor sanitare, recipientelor inflamabile;
* instruire periodică a personalului responsabil cu utilizarea, manipularea, depozitarea materialelor și recipientelor cu substanțe inflamabile (ex: alcool sanitar);
* atribuții prevăzute pentru personalul responsabil cu reacția în caz de incendiu;
* instruirea tuturor angajaților USA cu privire la reacția în caz de incendiu și pașii de urmat;
* instruirea periodică a personalului USA cu privire la utilizarea echipamentelor de stingere a incendiilor (extinctor) și după caz, a aparaturii de detecție (detector, alarma, etc);
* atribuții prevăzute pentru personalul responsabil cu utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor și recipientelor cu substanțe inflamabile;

Serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale.

Este respectată planificarea pentru verificarea, repararea și înlocuirea instalațiilor electrice, termice, sanitare și a echipamentelor, precum și evaluarea periodică a infrastructurii.

***1.3.3.3. Cerință - Unitatea sanitară implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică***

La nivelul USA sunt reglementate următoarele:

* modul de acțiune a personalului în situația contaminării chimice și/sau biologice;
* depozitarea substanțelor și materialelor cu risc toxic și biologic se face în spații special amenajate;
* instructaje periodice ale personalului desemnat, care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice;
* există și sunt utilizate echipamente de protecție de către personalul care manevrează substanțe toxice/biologice;
* sunt identificate zonele cu risc de contaminare chimică și biologică și sunt desemnate persoanele cu atribuții în curățarea și/sau decontaminarea acestora;

***1.3.3.4. Cerință - Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase***

Obligativitatea USA de a avea un contract privind Colectarea, transportul, depozitarea și eliminarea deșeurilor periculoase, medicale și nepericuloase.

Elaborarea procedurilor care asigură respectarea prevederilor legale privind managementul deșeurilor nepericuloase și periculoase și stabilirea de responsabilități pentru îndeplinirea acestora.

Instructaje periodice ale personalului desemnat, care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor.

Colectarea deșeurilor înțepătoare-tăietoare se face în cutii standardizate, conform legislației.

* tipurile de recipiente utilizate containere, separate în funcție de codurile de culori (marcate specific cu data și ora de începere a utilizării acestora), intervalul de timp de utilizare;
* zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate;
* spațiile temporare de colectare a deșeurilor de la nivelul USA respectă condițiile legale;
* spațiile de colectare comune - condițiile de depozitare (acces, securizare, temperatură, spații frigorifice, după caz, dacă deșeurile au interval de ridicare mai mare de 48 de ore);
* graficele de timp de păstrare a deșeurilor în vederea tocării și neutralizării prin resurse proprii.

***1.3.3.5. Cerință - Unitatea sanitară are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților***

Elaborarea unui plan de acțiuni pentru satisfacerea cerinței în conformitate cu reglementările privind protecția muncii și riscurile specifice la care este expus personalul USA.

Instruirea periodică a personalului privind:

* punerea în funcțiune și exploatarea aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale;
* modalitățile de verificare a funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale;
* identificarea activităților cu risc de accidente de muncă;
* condițiile de acces al acestora în zonele cu risc de accidente de muncă.

***9.3.4. Standard 1.4 - Modul de organizare a mediului de îngrijire asigură condițiile necesare furnizării asistenței medicale în funcție de structura și competențele asumate de către unitatea sanitară***

**Scopul** acestui standard este de a determina USA să stabilească condiții de organizare ale mediului de îngrijire, care să susțină asistența medicală la domiciliu, conform cu cerințele pacientului.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt adaptate serviciilor oferite de USA la particularitățile de îngrijire a pacienților.

Respectarea condițiilor de acordare a îngrijirilor medicale se face astfel încât pacientul să fie protejat de infecțiile asociate actului medical și să contribuie la menținerea siguranței acestuia.

***1.4.1. Criteriu - Organizarea mediului de îngrijire ține cont de structura unității sanitare***

Adaptarea protocoalelor de îngrijire la morbiditatea specifică și particularitățile clinico-biologice rezultate după identificarea patologiilor pe care le poate trata USA, sunt măsuri care se iau pentru a satisface nevoile de servicii de sănătate ale pacienților deserviți.

Organizarea procesului de îngrijire respectă condițiile privind competențele asumate cu respectarea tuturor cerințelor impuse de profilul îngrijirilor medicale.

Managementul USA stabilește măsuri concrete pentru evitarea disfuncționalităților în asigurarea activității de furnizare de servicii de sănătate și siguranța a pacientului.

***1.4.1.1. Cerință - Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate***

Asigurarea curățeniei și dezinfecției instrumentarului, echipamentelor și aparaturii, se face prin punerea în aplicare a reglementărilor interne specifice și prin evidențierea responsabilităților specifice.

Igienizarea, dezinfecția, sterilizarea instrumentarului, echipamentelor și aparaturii este efectuată respectând un program specific.

Curățenia și dezinfecția este executată de către personal instruit conform reglementarilor interne.

Igienizarea fiecărui tip de zonă/suprafață/operațiune cu ustensile marcate distinct, USA asigurând condițiile necesare pentru desfășurarea asistenței medicale.

USA stabilește necesarul de materiale de curățenie, echipamente, consumabile, dezinfectanți, în concordanță cu normele interne.

Verificarea și mentenanța periodică a funcționalității echipamentelor, dispozitivelor și aparaturii utilizate în curățenia și dezinfecția spațiilor, precum și verificarea tuturor autorizațiilor și avizelor acestora.

***1.4.1.2. Cerință - Unitatea sanitară evaluează și face propuneri pentru îmbunătățirea mediului în care se acordă îngrijirile medicale***

Pentru îmbunătățirea mediului în care se acordă îngrijirile medicale la domiciliu, condițiile mediului de îngrijire sunt consemnate în FOÎMD.

Pentru a evita acordarea de servicii nejustificate și asigurarea trasabilității actului medical, precum și propunerile de îmbunătățire a mediului de îngrijire, USA se preocupă de consemnarea acestora în FOÎMD.

***1.4.2. Criteriu - Organizarea mediului de îngrijire ține cont de particularitățile pacientului***

USA stabilește și asigură condițiile mediului de îngrijire care să susțină activitatea de îngrijiri de sănătate specifice, cu respectarea cerințelor de intimitate, igienă, curățenie, dezinfecție, antisepsie, adaptate necesităților medicale dar și ~~a~~ pacientului.

USA organizează și dezvoltă servicii de sănătate corespunzătoare pentru îmbunătățirea calității tratamentului și supravegherii pacienților.

Măsurile de prevenție sunt aplicate pentru protecție sanitară, dar și pentru prevenirea bolilor transmisibile.

Implementarea reglementării în ceea ce privește modul de respectare a demnității și intimității pacientului pe parcursul desfășurării examinărilor, consultațiilor și tratamentelor medicale.

***1.4.2.1. Cerință - Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate***

Asigurarea dreptului la intimitate și a demnității pacientului este reglementată intern și personalul este instruit cu privire la acest lucru.

Dreptul la intimitate al pacientului este respectat pe tot parcursul desfășurării examinărilor, tratamentelor și îngrijirilor medicale la domiciliul acestuia. Ceea ce contează în mod special este ca întotdeauna să se acționeze etic și în serviciul pacientului, respectând demnitatea, dreptul la intimitate și la viață privată, respectând legislația atunci când viața cuiva poate fi în pericol.

Confidențialitatea și dreptul pacienților la intimitate, precum și interzicerea transmiterii unor informații legate de pacienți, este asigurată prin respectarea unor reguli stricte ale USA.

***1.4.2.2. Cerință - Igienizarea și dezinfecția spațiilor unde este îngrijit pacientul și a echipamentelor utilizate se realizează în mod eficace și se documentează***

La nivelul USA este reglementat modul de acțiune a personalului în situația care necesită igienizarea și dezinfecția zonei unde se desfășoară examinările și tratamentele medicale în cadrul deplasării la domiciliul pacientului.

Curățarea, igienizarea, dezinfecția și sterilizarea sunt elementele esențiale pentru prevenirea răspândirii infecțiilor. Acestea trebuie să respecte standardele și reglementările interne ale USA.

Este obligatorie consemnarea în FOÎMD a tuturor proceselor de igienizare, curățare, dezinfecție și după caz, sterilizare a zonelor de lucru, activități esențiale pentru prevenirea răspândirii infecțiilor.

***1.4.2.3. Cerință - Unitatea sanitară asigură calitatea sterilizării materialelor și instrumentarului medical utilizat***

USA supraveghează respectarea procedurilor și protocoalelor de curățenie, dezinfecție, sterilizare, igiena mâinilor, utilizarea produselor biocide și a dispozitivelor medicale, respectarea tehnicilor de asepsie și antisepsie, utilizarea materialelor sanitare de unică folosință și a celor reutilizabile etc.

Materialele și instrumentarul medical sunt evidențiate ca risc major în transmiterea infecțiilor, de aceea curățarea, dezinfecția și sterilizarea sunt elementele esențiale pentru prevenirea răspândirii infecțiilor.

Asigurarea și asumarea calității sterilizării la nivelul USA și definirea circuitelor sterilizării, prin:

* verificarea sterilizării este reglementată și realizată cu personal medical instruit;
* implementarea reglementării privind modul de desfășurare a activității de sterilizare, conform prevederilor legale în vigoare;
* sterilizarea instrumentarului medical, a echipamentelor și verificarea acestora se realizează de către personalul medical calificat și instruit;
* recipientele pentru sterilizarea instrumentarului au indicator de sterilizare;
* adoptarea măsurilor necesare pentru prevenirea contaminării personalului care are atribuții în procesul de sterilizare, respectiv utilizarea echipamentului de protecție;
* existența nomenclatorului cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de resterilizări admisibile pentru fiecare;
* echipamentele utilizate pentru spălare, decontaminare și sterilizare, sunt autorizate, avizate și funcționale;
* întocmirea evidenței aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care necesită sterilizare.

***1.4.2.4. Cerință - Regimul dietetic al pacientului este supravegheat pentru a fi în acord cu îngrijirile medicale acordate***

Personalul medical verifică respectarea recomandărilor medicale care se regăsesc în FOÎMD, respectiv consemnarea măsurilor de prevenire a apariției unor complicații, hidratarea, regimul igieno-dietetic etc.

Analiza periodică a modalității de întocmire a FOÎMD, cu elaborarea și aplicarea măsurilor de prevenire a repetării erorilor constatate.

Modificarea regimului dietetic se face verificând respectarea calitativă și cantitativă a hranei pacientului, conform recomandărilor stabilite de către medic și sunt înregistrate în FOÎMD.

***1.4.2.5. Cerință - Unitatea sanitară monitorizează mediul în care se găsește pacientul și menționează recomandările de optimizare ale acestuia în fișa de observație pentru îngrijirile medicale la domiciliu***

USA respecta și verifică asigurarea condițiilor ambientale pe baza particularităților de îngrijire a pacienților.

Recomandările de îmbunătățire a mediului de îngrijire, și a ambientului pacientului, sunt înregistrate în FOÎMD şi comunicate pacientului /apartinătorilor.

USA analizează anual și întocmește un set de recomandări generale de îmbunătățire a mediului de îngrijire, inclusiv pe baza răspunsurilor din chestionarul de satisfacție a pacientului. Implementarea măsurilor de îmbunătățire, ajută la crearea unui climat cu influență pozitivă asupra ÎMD acordate pacientului.

***9.4.* *REFERINTA 2 - MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU***

**Scopul** referinței este centrarea serviciilor de sănătate pe cunoașterea și satisfacerea nevoilor pacientului, generate de starea de boală și de particularitățile socio-comportamentale sau a convingerilor proprii și spirituale, exprimate de acesta, în condiții de siguranță clinică.

USA trebuie să aplice cele mai bune practici (eficiente, eficace și în condiții de siguranță pentru pacient), în concordanță cu nevoile de sănătate ale acestuia, asigurându-i accesul la servicii medicale și la continuitatea acestora într-un mod care să permită trasabilitatea proceselor, printr-o documentare adecvată, completă dar nebirocratică și întocmită în timp real.

**Direcțiile de acțiune**:

* definirea misiunii USA are în vedere nivelul de competență și este exprimată în funcție de tipurile și complexitatea serviciilor disponibile determinate de capacitatea tehnico-materială și profesională;
* limitarea serviciilor medicale oferite la nivelul competențelor USA;
* stabilirea concordanței dintre nevoile de sănătate ale pacientului, misiunea și resursele USA;
* asigurarea calității serviciilor medicale oferite și a siguranței pacientului prin monitorizarea continuă a rezultatelor asistenței medicale.

Coroborând misiunea, nivelul de competență și nevoile de îngrijire ale pacientului, profesioniștii USA decid preluarea și acordarea ÎMD sau îndrumarea pacientului spre unități sanitare sau unități socio-medicale cu competență adecvată, care pot asigura nevoile de îngrijire ale acestuia.

Guvernanța clinică urmărește pacientul pe parcursul episodului de îngrijire, din perspectiva managementului clinic, ca modalitate practică de implementare a managementului calității și siguranței pacientului.

***9.4.1. Standard 2.1 - Preluarea în îngrijire a pacientului se face conform nevoilor acestora, a misiunii și a resurselor disponibile ale unității sanitare***

**Scopul** acestui standard este de a determina USA să aibă o reglementare privind preluarea în îngrijire a pacientului, în funcție de resursele disponibile (umane, tehnico-materiale și financiare), pentru a evita situațiile în care apare depășirea competenței USA, fie prin lipsa calificării sau a experienței personalului medical, fie prin insuficiența resurselor disponibile.

Posibile disfuncționalități întâlnite la preluarea în îngrijire a pacienților:

* nemulțumirea pacienților și a aparținătorilor:
* timpul de așteptare;
* birocrația;
* informații insuficiente;
* comunicarea defectuoasă;
* nemulțumirea profesioniștilor;
* suprasolicitarea;
* comportamentul unor pacienți / aparținători;
* lipsa de transparență.

**Ce reprezintă ”preluarea în îngrijire”?**

Decizia profesională inițială de a admite/de a primi pacientul, pentru acordarea de servicii de ÎMD, pentru a fi îngrijit în funcție de categoria de asistență medicală de care are nevoie (se are în vedere procesul de consultație, tratament etc.).

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* cunoașterea și implementarea conceptului de ”limita de competență a USA”;
* optimizarea procesului de furnizare a serviciilor la nivelul USA;
* creșterea calității serviciilor de sănătate din ambulatoriu, la nivel național (inclusiv prin crearea rețelelor de servicii de sănătate la nivel local / regional).

***2.1.1. Criteriu - Unitatea sanitară și-a stabilit și asumat gradul tehnic de competență și pe cel profesional***

USAși-a stabilit gradul de competență tehnic și profesional.

Pentru atingerea acestui obiectiv, USA analizează:

* nivelul de performanță a resurselor umane;
* resursele materiale disponibile;
* definește serviciile de ÎMD pe care USA le poate oferi;
* stabilește grupurile populaționale țintă beneficiare ale serviciilor identificate;
* particularitățile clinico-biologice ale populației țintă;
* categoriile de pacienți pentru care USA dispune de resurse în oferirea serviciilor de ÎMD identificate;
* stabilește criteriile de triere și modalitatea de etapizare pentru acordarea ÎMD.

***2.1.1.1. Cerință - Unitatea sanitară a identificat patologiile pentru care oferă servicii specializate***

Grupurile populaționale cu particularități clinico-biologice cuprind: copiii cu boli cronice invalidante, vârstnicii, gravidele, bolnavii psihici, persoane cu dizabilități, persoane cu nevoi speciale, persoanele cu boli cronice progresive amenințătoare de viață etc.

Aceștia necesită condiții specifice de îngrijire, indiferent de patologie și pentru adaptarea și dimensionarea nevoii de îngrijire specifică este necesară:

* cunoașterea prevalenței acestor categorii de persoane;
* analiza posibilităților USA de a satisface nevoile specifice fiecărei categorii, prin actualizarea permanentă a listei de servicii de îngrijiri la domiciliu oferite;
* adoptarea de măsuri pentru satisfacerea cerințelor identificate.

Analiza privind nevoile de servicii de sănătate ale populației deservite se realizează pe seama:

* datelor privind morbiditatea specifică și patologiile cu incidență crescută;
* identificarea cerințelor speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite;
* identificarea resurselor disponibile pentru a oferi servicii de îngrijire adaptate cerințelor speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite;
* evidența cazurilor orientate către alte US cu un nivel superior de competență (număr cazuri, diagnostice);
* cererilor de servicii de ÎMD.

***2.1.1.2. Cerință - Unitatea sanitară are stabilite resursele necesare pentru patologiile cărora li se adresează***

Indiferent de patologie, copiii cu boli cronice invalidante, vârstnicii, gravidele, bolnavii psihici, persoane cu dizabilități, persoane cu nevoi speciale, persoanele cu boli cronice progresive amenințătoare de viață etc, necesită condiții specifice de îngrijire.

Pentru optimizarea serviciilor de sănătate acordate de USA, se recomandă:

* stabilirea limitei de competență pe baza:
* resurselor umane (calificări, experiența echipei medicale, specializări, supra specializări, competențe, servicii de îngrijire etc.);
* resurselor materiale (infrastructură, dotări, tehnică, echipamente etc.).
* evaluarea posibilității de creștere a nivelului de competență pe baza dezvoltării resurselor;
* stabilirea situațiilor în care este necesară încheierea de protocoale de colaborare și cu alte unități sanitare sau unități socio-medicale, pentru cazurile care depășesc nivelul de competență și în care este necesară redirecționarea pacientului.

Pentru informarea pacienților se afișează lista patologiilor pentru care USA acordă servicii medicale. Informațiile sunt comunicate într-un mod accesibil și se actualizează periodic pentru a fi actuale și exacte.

Măsurile adoptate în urma analizei cuprind adaptarea infrastructurii USA precum și a protocoalelor de îngrijire la morbiditatea specifică și particularitățile clinico-biologice rezultate din analiza privind nevoile de servicii de sănătate ale populației deservite.

***2.1.2. Criteriu - Preluarea pacientului, în scopul acordării de îngrijiri medicale la domiciliu, este organizată pentru a facilita accesul la servicii conform recomandărilor medicale, solicitărilor și nevoilor specifice***

USA are implementată o modalitate eficientă de programare sau preluare a pacientului, pentru a evita blocajul, aglomerarea sau amânarea acordării îngrijirilor necesare.

Organizarea și adaptarea serviciilor oferite la locația unde pacientul va fi îngrijit, în scopul ușurării procesului de îngrijire precum și de aplicare corectă a protocoalelor de îngrijire la morbiditatea specifică și particularitățile clinico-biologice.

Preluarea în îngrijire a pacienților se va face:

* la recomandarea scrisă a unui medic, indiferent de specialitate;
* dacă cererea de îngrijire medicală la domiciliu se face de către pacient sau aparținători, preluarea se face după o evaluare clinică de către medicul care își desfășoară activitatea în cadrul USA care acordă ÎMD sau se va solicita evaluarea de către medicul de familie al pacientului (solicitarea este specificată în FOÎMD împreună cu rezultatul evaluării).

***2.1.2.1. Cerință - Înregistrarea în scopul îngrijirilor medicale la domiciliu este reglementată***

Înregistrarea și preluarea în ÎMD a pacientului se realizează cu stabilirea:

* unui mod de programare profesional și eficient într-un sistem unitar de înregistrare al solicitărilor (numit generic Registru) pacienților, pentru a evita prelungirea nejustificată a timpului de așteptare;
* unui set de date/informații necesare pentru o înregistrare corespunzătoare (se are în vedere timpul alocat pentru verificări/consult/tratament/etc.);
* resurselor umane disponibile necesare stabilirii numărului de pacienți care pot fi programați - evaluare zilnică;
* unor reglementări privind prioritizarea cazurilor pentru planificarea accesului la mijloacele tehnice de tratament.

***2.1.2.2. Cerință - Există o reglementare pentru preluarea în îngrijire a pacientului bazată pe sursa solicitării***

Medicul care a emis recomandarea de ÎMD, are obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", în cazul recomandărilor emise în cadrul sistemului de decontare din FNUASS.

Recomandare medicală pentru ÎMD este emisă de către medicul specialist la externarea din spital, după o consultaţie în cadrul ambulatoriului de specialitate, la domiciliul pacientului sau de către medicul de familie.

Solicitarea de acordare a ÎMD se poate face și direct, de către pacient/aparţinători.

În vederea preluării în îngrijire la domiciliul pacientului, USA are reglementări interne, care evaluează modul de abordare al pacienților cu manifestări agresive.

La nivelul furnizorului există un Registru care conține datele solicitanților și datele pacienților pentru care se face solicitarea de ÎMD, indiferent de sursa recomandării. Acest Registru este supus acelorași condiții de confidențialitate și protecție a datelor cu caracter personal, ca toate documentele ce conţin informaţii personale şi/sau medicale de la nivelul USA.

FOÎMD are rubrică unde este specificat medicul prescriptor. Se specifică în FOÎMD când și cine face examinarea înainte de furnizarea ÎMD: medicul de familie al pacientului sau medicul care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de ÎMD. În FOÎMD sunt trecute examenul medical și diagnosticele clinice după examinare.

***2.1.3. Criteriu - Acțiunile în caz de urgență medicală la domiciliul pacientului sunt reglementate intern***

Intervențiile personalului medical la domiciliul pacientului în situații de urgență medicală, se fac strict în limita competențelor, calificării și experienței echipei medicale, acestea fiind strict reglementate.

Îndeplinirea acestei cerințe constituie o prioritate pentru USA, având în vedere riscul asociat incapacității intervenției în astfel de cazuri.

Furnizorul de ÎMD, prin personalul său, asigură primul ajutor medical în caz de urgențe medicale, până la sosirea echipajului medical de urgenţă specializat, dacă este cazul apelării acestuia.

Personalul medical al USA, în totalitatea sa, este calificat şi instruit periodic pentru acordarea serviciilor de prim ajutor cel puţin a celor de bază.

***2.1.3.1. Cerință - Unitatea sanitară asigură asistența medicală de urgență când este necesar, în limita de competență***

Personalul medical este calificat şi instruit periodic, în ceea ce privește atitudinea în urgențele medicale.

Managementul USA planifică şi monitorizează respectarea efectuării instruirilor periodice a personalului medical.

Sunt identificate tipurile de posibile urgenţe pe baza istoricului activității USA și pe baza istoricului medical al pacienților și sunt create proceduri și reglementari interne privind rezolvarea situațiilor de urgență survenite în activitatea de îngrijiri la domiciliu.

În funcție de tipul de urgență, personalul medical situat la domiciliul pacientului asigură asistența medicală de urgență, până la preluarea cazului de către un echipaj medical specializat.

Echipa furnizorului de ÎMD prin dotarea personalului angajat asigura primul ajutor medical în caz de urgențe medicale.

***2.1.3.2. Cerință - Personalul medical angajat este calificat și instruit periodic în acordarea primului ajutor în caz de urgențe medicale individuale sau colective***

În primul ajutor în cazul situațiilor de urgență medicală, în vederea asigurării asistenței medicale de urgență până la stabilizarea funcțiilor vitale, indiferent de specialitățile sau nivelul de competență asumat, se recomandă ca:

* întreg personalul să fie instruit/calificat în ”Suport de bază al vieții” (BLS);
* să existe şi să se urmărească respectarea unui plan de instruire periodică a personalului în ”Suport de bază al vieții” (BLS);
* la anumite intervale de timp, USA să efectueaze simulări de intervenție în diferite situații de urgență medicală.

În dosarul de angajat vor exista documente care să ateste calificarea şi efectuarea instruirilor periodice în ”Suport de bază al vieții” (BLS).

***2.1.3.3. Cerință - Personalul care acordă îngrijiri medicale are la dispoziție truse medicale de urgență***

Furnizorul are în dotare truse medicale care să permită acordarea primului ajutor în caz de urgență medicală.

Furnizorul a o trusă de urgență, replicată identic pentru fiecare angajat care își desfășoară activitățile medicale la domiciliul pacientului, care conține:

* materiale sanitare necesare, în termen de valabilitate, sigilate și sterile;
* stocul stabilit de medicamente și solutii necesare, în termen de valabilitate;
* balon de ventilație manuală Ruben;
* mijloace de asigurare a permeabilității cailor respiratorii superioare (pipa Guedel, deschizător de gura).

Trusele medicale de urgență sunt verficate periodic pentru a se respecta termenul de valabilitate.

***2.1.3.4. Cerință - Unitatea sanitară are reglementată modalitatea de predare rapidă către serviciile de urgență calificate, când situația o impune***

USA are definite, implementate și respectate reglementări pentru situațiile (critice / deosebite / excepționale) când se impune predarea pacientului către serviciile de urgență calificate.

Personalul medical care furnizează îngrijiri medicale la domiciliu este instruit să utilizeze reglementările interne la predarea rapidă a pacientului către serviciile de urgență și există o preocupare pentru îmbunătățirea continuă a acestor reglementări.

Consemnarea datelor este foarte importantă, trebuie să fie clară și concisă, cu respectarea protocoalelor asistenței medicale de urgență.

Aceste date, trebuie să includă:

* starea inițială a pacientului;
* descrierea leziunilor sau a afecțiunii;
* starea funcțiilor vitale;
* măsurile aplicate / tratament;
* US și personalul medical căreia i se predă pacientul.

Personalul desemnat a identificat și argumentat situațiile când se face predarea pacientului către serviciile de urgență calificate.

Furnizorul de ÎMD încheie protocoale de colaborare la nivel de dispecerat cu serviciile medicale de urgență prespitalicească: Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU) și servicii de ambulanță, pentru situația când, pentru predarea rapidă a pacientului, apelarea către Sistemul Național Unic pentru Apeluri de Urgență (SNUAU) se face din dispeceratul furnizorului.

Sunt stabilite modalitățile de consemnare a cazurilor în FOÎMD și unde este cazul se specifică incidentul (dată, ora), diagnostic clinic prezumptiv, manevrele efectuate, materialele utilizate, depășirile de competență (dacă au fost necesare) și cu acordul cui s-au făcut, data și ora de solicitare și predare către echipaj medical de urgență calificat, dacă a fost necesar.

***2.1.4. Criteriu - Serviciul de preluare a pacientului este accesibil și persoanelor cu dizabilități și nevoi speciale***

Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de servicii adaptate precum și de condiții adecvate de preluare.

Serviciile de ÎMD a persoanelor cu dizabilități includ:

* activități adaptate nevoilor persoanei, în funcție de tipul și gradul de dizabilitate, menite să mențină o calitate ridicată a vieții;
* activități adaptate pentru a menține atât o viață independentă și de calitate, cât și o implicare activă în comunitate.

Mijloacele, aparatura și echipamentele folosite și puse la dispoziția beneficiarilor în îngrijirea medicală la domiciliu, vor facilita procesul de îngrijire și vor crește mobilitatea persoanelor cu deficiențe motorii, dizabilități sau nevoi speciale.

***2.1.4.1. Cerință - Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de îngrijiri adaptate***

Cerința vizează respectarea principiului non-discriminării și asigurarea unei evaluări corecte și complete a pacientului în vederea preluării în îngrijire a acestuia și a acordării serviciilor medicale.

USA are definită o listă cu nevoile speciale și dispune de echipamente, dotări pentru asigurarea unor facilități necesare persoanele cu dizabilități:

USA are definite, implementate și respectate reglementari interne pentru ca personalul medical care furnizează îngrijiri medicale la domiciliu să cunoască nevoile particulare ale mediului de îngrijire pentru pacienții cu dizabilități sau cu nevoi speciale.

***2.1.4.2. Cerință - Personalul unității sanitare este instruit și dispune de dotarea medicală necesară pentru managementul pacientului cu manifestări agresive acute***

În vederea asigurării securității și protecției pacienților, dar și a angajaților, precum și a bunurilor, USA prin personalul medical stabilește modul de abordare unitar a pacienților cu manifestări agresive.

USA are instituită o procedură pentru managementul pacientului cu manifestări agresive acute și asigurarea dotării necesare.

Se evaluează riscul de agresivitate la preluarea în îngrijire și modalitatea de intervenție în caz de urgență.

Exista stabilită şi respectată planificarea instruirilor periodice a personalului, cu privire la inter relaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților agresivi și modalitatea de alertare a serviciilor de urgență specializate (Poliție, Ambulanță) în caz de manifestări agresive ale pacienților.

Se identifică în FOÎMD raportul asupra modului de acțiune în situațiile când a fost aplicată procedura pentru managementul pacientului cu manifestări agresive acute.

***9.4.2. Standard 2.2. - Evaluarea inițială la domiciliu, urmărește identificarea nevoilor pacientului și a factorilor care pot influența îngrijirile (mediul fizic, factori sociali, comportamentali și biologici), pentru a stabili posibilitatea preluării acestuia***

**Scopul** acestui standard are în vedere evaluarea pacientului din perspectiva identificării nevoilor acestuia, ținând cont de factorii de risc la care pacientul este expus, astfel încât să se poată realiza o planificare corectă și completă a serviciilor de sănătate, în concordanță cu nevoile identificate.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* diminuarea riscurilor identificabile cu impact în evoluția stării de sănătate a pacientului;
* identificarea mediului optim de recuperare a stării de sănătate a pacientului.

Evaluarea inițială a pacientului din punct de vedere anamnestic, clinic și paraclinic are ca scop identificarea riscurilor cu impact în evoluția stării de sănătate a acestuia:

* gradul de infecțiozitate;
* riscul clinic de cădere;
* durerea;
* dizabilitățile și nevoile speciale;
* nevoi particulare ale mediului de îngrijire;
* condiția psihoemoțională;
* particularitățile psihocomportamentale;
* starea socioeconomică.

***2.2.1. Criteriu - Pentru fiecare solicitare de îngrijiri medicale la domiciliu se evaluează nevoile de îngrijire***

Procesul de evaluare a nevoilor pacientului, în vederea stabilirii modalității de rezolvare a cazului, este bine definit la nivelul USA.

Evaluarea condițiilor particulare a mediului de îngrijire stabilește ce fel de condiții de transport (ex: fotoliu rulant), cazare (ex: izolare pentru potențial infecțios sau imunodeprimat, pat cu protecție, pliabil, cu o anumită înălțime, saltea anti escară, pătură care să permită reglajul termic - încălzire/răcire) și alimentație sunt necesare pentru asigurarea mediului optim de îngrijire.

Evaluarea stării inițiale a pacientului permite medicului să decidă dacă USA dispune de resursele necesare pentru a acorda pacientului serviciile medicale respective sau dacă patologia acestuia depășește competența USA și astfel îl poate orienta către altă US. Absența unei evaluări inițiale este în detrimentul pacientului și al USA, deoarece există posibilitatea preluării de cazuri care depășesc competența USA.

De asemenea alegerea greșită a modalității de abordare a cazului, poate prezenta un risc pentru pacient, ca acesta să nu primească tipul de îngrijire necesar sau întârzierea primirii serviciului medical adecvat.

Medicul angajat al USA care preia pacientul trebuie să îl evalueze din punctul de vedere al riscului (infecțios, de cădere, agresivitate) și să consemneze în FOÎMD particularitățile imediate de îngrijire. Determinarea gradului de dependenţă este esenţială în realizarea planului de îngrijire de urmat.

Pentru evitarea acordării de îngrijiri incomplete sau întârzieri în acordarea acestora, USA trebuie să se preocupe de identificarea patologiilor pentru a căror tratare dispune de resurse și să definească modul în care pacientul va beneficia de serviciile de sănătate .

***2.2.1.1. Cerință - Evaluarea inițială la domiciliu a nevoilor de îngrijire fundamentează preluarea sau respingerea solicitării***

USA aplică, conform reglementării agreate, un set de etape de evaluare prin care decide dacă poate furniza ÎMD și deci dacă se preia sau respinge solicitarea de ÎMD. Această reglementare ar trebui să cuprindă precizări referitoare şi la:

* evaluarea Registrului de preluare pentru furnizarea de ÎMD (pentru identificarea intervalelor orare disponibile în programul de lucru al personalului);
* evaluarea sistemului de înregistrare al planurilor de îngrijire -Registrului planurilor de îngrijire (pentru a nu depăși resursa de personal disponibilă);
* constituirea FOÎMD;
* examenul clinic iniţial şi evaluările clinice ulterioare din FOÎMD;
* utilizarea scalelor de evaluare şi consemnarea valorilor în ÎMD (Scala Waterlow pentru riscul de apariție a escarelor; scala ECOG pentru gradul de imobilizare; scala Paps pentru pacienți cu boala cronică progresivă amenințătoare de viață; genograma pentru rețeaua primară de suport; scala Rankin modificată pentru monitorizarea statusului de dizabilitate);
* evaluarea recomandării de ÎMD pentru a nu depăși posibilitățile terapeutice sau de calificare ale USA.

Setul de etape este aplicat de către personalul angajat, după instruire. Aceasta se face la angajare și periodic conform normelor interne.

***2.2.1.2. Cerință - Unitatea sanitară are reglementată modalitatea de orientare către alte unități sanitare a pacientului cu necesități care depășesc competențele acesteia***

Orientarea pacienților către alte servicii medicale este importantă deoarece asigură pacientului accesul la serviciile medicale de care acesta are nevoie, în cazul depășirii competențelor USA. Pentru accesul pacienților la serviciile de sănătate de care au nevoie, existența unor protocoale de colaborare este importantă, deoarece astfel se reduce timpul în care pacientul poate primi îngrijirile necesare.

USA prin reglementările interne are o procedură de reorientare a pacienților, compusă din:

* evaluarea clinică inițială;
* comunicarea către pacient și aparținători / familie / reprezentant legal / tutore în scris dacă este posibil de către responsabilul compartimentului operativ sau funcția asemănătoare, a motivului pentru care competențele furnizorului de ÎMD sunt depășite;
* orientarea către un serviciu medical competent;
* documentarea urmării procedurii.

După îndeplinirea setului de etape în evaluarea solicitării/recomandării de ÎMD se decide dacă se poate furniza ÎMD, sau pacientul necesită orientare către alt serviciu medical.

Pacientul, aparținătorii / familia / reprezentantul legal / tutorele sunt informați după evaluarea clinică inițială, cu privire la acceptul solicitării de ÎMD sau dacă este necesară orientarea către un serviciu competent.

În FOÎMD se trec motivele pentru care cazul depășește competențele asumate de furnizor (ex: pacient cu afecțiune în faza acută și care necesită personal specializat pentru aceasta sau pacientul are recomandare de kinetoterapie dar furnizorul nu are personal angajat din această specialitate). Orientarea se face astfel documentat, în cunoștință de cauză şi se consemnează în FOÎMD comunicarea pacientului/aparţinătorilor a sugestiei/sugestiilor de orientare.

***2.2.2. Criteriu - Unitățile sanitare se implică, prin activități suport, în rezolvarea cazurilor cu particularități psiho-emoționale și socio-economice care pot afecta procesul de îngrijire***

USA de ÎMD care furnizează și servicii sociale de tip îngrijiri la domiciliu, se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psiho-emoționale și socio-economice care pot afecta procesul de îngrijire și se pot implica prin proiecte medico-sociale, în asistenta socială a pacienților vizați.

***2.2.2.1. Cerință - Activitățile de suport se regăsesc în planul de îngrijire și sunt un factor adjuvant în acordarea îngrijirilor medicale***

Având în vedere atât siguranța pacienților, cât și cea a personalului, USA se preocupă de rezolvarea cazurilor cu particularități psiho-emoționale și socio-economice.

Absența accesului pacienților la serviciile unui psihiatru/psiholog/psihoterapeut poate prezenta un risc, în situațiile pacienților instabili psihic său potențial agresivi, dar și în cazul pacienților cu diagnostic terminal sau a situației de doliu patologic.

Accesul la serviciile de asistența socială este necesar pentru acordarea optimă a ÎMD, mai ales a persoanelor vulnerabile, cum e cazul copiilor abandonați, a vârstnicilor fără aparținători, a persoanelor cu probleme sociale, a celor cu situație financiară precară.

Serviciile de suport temporare sau permanente sunt consemnate în FOÎMD și acestea pot determina modificări ale planului de îngrijire.

***2.2.2.2. Cerință - Unitatea sanitară adaptează planul de îngrijire la particularitățile psiho-emoționale ale pacientului îngrijit***

Planul de îngrijire medicala ia în considerare faza în care se află boala, comorbiditățile, efectele polipragmaziei, aspectele psihosociale și psiho-emoționale, managementul durerii, managementul dispneei etc.

Dacă este necesar medicii specialiști sau medicul care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului, recomandă adaptarea planului de îngrijire, acordarea altor servicii de suport suplimentare, repetarea unora precedente sau, în cazul pacienților cu disfuncții psiho-emoționale, colaborarea cu alte instituții pentru acordarea de ÎMD adecvate.

***9.4.3. Standard 2.3 - Unitatea sanitară abordează multidisciplinar, integrat și specific pacientul, cu asigurarea continuității îngrijirilor medicale***

**Scopul** acestui standard este de a implementa o abordarea a procesului de îngrijiri de sănătate atât pe verticală, prin armonizarea colaborării dintre cele trei niveluri de asistență medicală, respectiv asistența medicală primară, asistența medicală de specialitate în ambulatoriu clinic, paraclinic, la domiciliu și asistența medicală de spital, cât și pe orizontală în echipă multidisciplinara, după caz.

Totodată, se are în vedere îmbunătățirea comunicării dintre profesioniștii din sănătate pentru asigurarea unui management integrat și interdisciplinar, al cazului și asigurarea trasabilității pacientului pe toate nivelurile de asistență medicală, cu respectarea limitelor de competență profesională.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* standardizarea actului medical este asigurată de aplicarea protocoalelor clinice. Existența acestora nu limitează procesul decizional medical, medicul curant având toată libertatea de decizie în adaptarea justificată a protocoalelor la particularitățile pacientului.
* asigurarea continuității asistenței medicale este bazată pe dovezi și presupune și acuratețea transferului informațiilor intre profesioniști. Evaluările, recomandările, activitățile desfășurate și rezultatele obținute sunt consemnate în documentele medicale, parte a procesului de transfer a informației necesare în abordarea de tip management de caz, ca parte a continuității îngrijirilor de sănătate.

Pentru a răspunde necesitaților unui management de caz coerent și eficient, un obiectiv important îl reprezintă protocoalele clinice.

***2.3.1. Criteriu - Managementul cazului este bazat pe utilizarea ghidurilor de diagnostic și de tratament***

Protocoalele clinice sunt proprii USA, elaborate de profesioniștii care activează în cadrul acesteia, având la bază adaptarea Ghidurilor de diagnostic și terapeutice de la nivel național, ținând cont de posibilitățile tehnico-materiale ale USA.

Pentru situațiile în care nu există Ghiduri de diagnostic și terapeutice la nivel național, sau acestea sunt vechi, referința este reprezentată de tratatele de specialitate din domeniu, adaptate posibilităților USA și experienței profesionale a echipei medicale. Elaborarea lor este precedată de identificarea riscului clinic, risc evaluat și consemnat în Registrul unic al riscurilor.

Formatul protocolului clinic este unitar la nivel organizațional și este stabilit de comun acord de profesioniștii USA.

Recomandăm respectarea minimală a următoarei structuri în elaborarea protocolului clinic:

*Abrevieri folosite în document*

*A. PARTEA INTRODUCTIVĂ*

*A.1. Diagnosticul*

*A.2. Codul bolii*

*A.3. Utilizatorii*

*A.4. Scopurile protocolului*

*A.8. Definițiile folosite în document*

*A.9. Informație epidemiologică*

*B. PARTEA GENERALĂ*

*B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară*

*B.2. Nivelul consultativ specializat*

*C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ*

*C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR*

*C.2.1.Clasificarea*

*C.2.2.Etiologia*

*C.2.3. Profilaxia*

*C.2.4. Conduita pacientului*

*C.2.4.1. Anamneza*

*C.2.4.2.Examenul fizic*

*C.2.4.3.Investigații paraclinice*

*C.2.4.4.Diagnosticul diferențial*

*C.2.4.5.Tratamentul*

*C.2.4.6.Evoluția*

*C.2.4.7.Supravegherea pacienților*

*C.2.5.Complicațiile*

*D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI*

*D.1. Instituțiile de asistența medicală primară*

*D.2. Instituții consultativ-diagnostice*

*D.3. Centrul său clinici specializate*

*E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI*

*Bibliografie*

Condițiile generale de validare a aplicării protocoalelor clinice sunt:

* existența riscului identificat care justifică necesitatea elaborării (sunt înregistrate în Registrul unic de riscuri de la nivelul USA sau, după caz, la nivelul structurilor (în cazul unităților cu activitate și structuri complexe);
* conțin indicatori de eficacitate și eficiență;
* formalizarea (vizate, dacă există prevederi legale care fac referire la conținutul lor, aprobate, difuzate, instruite persoanele care le aplică și implementate);
* pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date;
* structurile care utilizează protocoalele clinice, analizează periodic (semestrial), indicatorii stabiliți în protocoale;
* USA evaluează nivelul de implementare al protocoalelor și elaborează, dacă este cazul, propunerea de măsuri pentru îmbunătățire a acestora.

***2.3.1.1. Cerință - Acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu se face în urma unei planificări stabilită de către șeful compartimentului care acordă îngrijirile medicale la domiciliu, pe baza solicitării de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor făcute de către medicul prescriptor și în urma evaluării inițiale***

Furnizarea unui serviciu eficace, eficient și sigur pentru pacientul aflat în îngrijire se face pe baza unui Plan de îngrijire, în conformitate cu nevoile specifice ale pacientului și a sistemului de înregistrare al planurilor de îngrijire - Registrul planurilor de îngrijire .

În funcție de evaluarea inițială stabilită de către medicul din cadrul USA, care avizează că pacientul poate primi îngrijirile medicale la domiciliu recomandate și preluarea acestuia, se face o planificare a personalului care va furniza îngrijirile medicale la domiciliu, împreună cu zilele și orele din zile când se vor furniza.

Ca parte a coordonării activității, responsabilul compartimentului operativ sau funcția asemănătoare:

* întocmește și menține Registrul planurilor de îngrijire, în format scris sau electronic care prezintă: datele de identificare a pacienților, identifică îngrijirile medicale care se fac pe baza protocoalelor clinice, lista procedurilor și manevrelor medicale care se vor efectua, ritmicitatea, periodicitatea, programarea, nominalizarea personalului desemnat care să furnizeze ÎMD;
* elaborează și completează Planul de îngrijiri al pacientului în FOÎMD.

***2.3.1.2. Cerință - Ghidurile de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului***

Elaborarea protocoalelor clinice este realizată pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul USA și în funcție de capacitatea tehnico-materială de care dispune această. Protocoalele clinice trebuie să conțină pe lângă descrierea actului medical și resursele necesare implementării acestuia.

Există decizii/Procese Verbale de adoptare de către conducerea USA a protocoalelor și ghidurilor utilizate.

În USA se constituie echipa de profesioniști cu experiență în specialitate, care să elaboreze protocoalele pe baza unei bibliografii actualizate, în colaborare cu echipa medicală implicată în aplicarea protocoalelor.

Protocolul trebuie să conțină pe lângă descrierea actului medical:

* resursele necesare implementării acestuia;
* specialiștii implicați în utilizarea lui;
* indicatorii clinici de monitorizare a acestuia;
* monitorizarea și evaluarea implementării protocolului;
* pentru calcularea indicatorilor, fiecare protocol are stabilite datele care trebuie analizate și periodicitatea de culegere a acestor date;
* referințele bibliografice;
* formalizarea (vizate, dacă există prevederi legale care fac referire la conținutul lor, aprobate).

USA are Procese Verbale de instruire periodică în identificarea particularităților cazurilor (prin lista de exemplificări) împreună cu utilizarea particularizată a ghidurilor de diagnostic și tratament folosite în cadrul furnizorului (instruirea se face la angajare și periodic).

Particularitățile cazului sunt specificate în FOÎMD la pagina dedicată și documentează modificările în planul de îngrijire și personalizarea planului de îngrijire.

Apărarea personalului medical în fața unor posibile acuze de malpraxis medical, este facilitată în cazul respectării unui protocol adaptat patologiilor tratate și resurselor tehnico-materiale disponibile, în condițiile formalizării acestuia (aprobat, înregistrat, diseminat și instruit personalul care-l aplică).

Abaterile de la protocoalele clinice sunt deseori inerente ca urmare a faptului că fiecare pacient prezintă particularități (comorbidități prezente, alergii etc.) și acestea trebuie consemnate şi motivate în Fișa medicală.

Se recomandă efectuarea analizei cauzelor acestor abateri pe baza unei proceduri definite la nivelul USA. Riscul de abatere de la protocoalele clinice, trebuie analizat în vederea recomandării unor practici unitare dar care să permită adaptarea în funcție de specificul fiecărui pacient.

USA răspunde potrivit legii pentru prejudiciile produse pacienților în activitatea desfășurată, generate în mod direct sau indirect de viciile ascunse ale echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicamentoase și materiale sanitare, conform legislației în vigoare precum și pentru prejudiciile cauzate, în mod direct sau indirect pacienților, generate de nerespectarea reglementărilor interne ale USA.

***2.3.1.3. Cerință - Actualizarea procedurilor / protocoalelor medicale se efectuează când se modifică bunele practici în domeniu și ori de câte ori este cazul***

Este recomandat să se realizeze un Manual de uz intern în care sunt trecute toate procedurile / protocoalele de lucru / etc., bazate pe bunele practici recunoscute, din ghidurile de diagnostic și tratament şi aplicate în furnizarea efectivă a ÎMD. Este reglementată revizuirea periodică a procedurilor / protocoalelor de lucru / etc. şi în funcţie de rezultatele identificate în aplicarea lor.

Actualizarea prin revizii și modificări ale acestora, este trecută în acest manual.

***2.3.2. Criteriu - Unitatea sanitară furnizează îngrijiri medicale la domiciliu în mod integrat***

Îndeplinirea obiectivului are ca rezultat:

* implementarea managementului de caz prin abordarea multidisciplinară;
* trasabilitatea pacientului în sistemul de sănătate;
* interval de timp optim de acordare a serviciilor de sănătate;
* asigurarea continuității serviciilor de sănătate.

Multidisciplinaritatea în abordarea integrată a pacientului este un aspect esențial care are în vedere și consultarea specialiștilor din alte unități sanitare, la inițiativa medicului curant. USA are reglementată o formă de colaborare cu specialiștii din alte USA.

***2.3.2.1. Cerință - Planul de îngrijire este personalizat pentru fiecare caz si, unde este necesar, unitatea sanitară colaborează în procesul de îngrijire cu profesioniști din diferite specialități medicale sau conexe actului medical***

Planul de îngrijire sau Planul de nursing este o metodă sistemică, logică, de organizare si desfășurare a îngrijirilor, de identificare, diagnosticare şi soluționare a problemelor de dependență, formulând un plan de intervenție și evaluând eficiența acestui plan, în urma aplicării lui.

Planul de îngrijire este întocmit de în corelație cu indicațiile terapeutice stabilite de medicul curant și sub coordonarea acestuia; permite asistentei medicale să pună un diagnostic de nursing și să-și stabilească etapizat, să aplice și să monitorizeze activitățile specifice.

### Asistentul medical, pentru a întocmi planul de îngrijire trebuie să:

* colecteze informatii despre pacient;
* verifice informațiile/datele pentru a le lua în considerare numai pe cele validabile;
* stabilească profilul pacientului;
* interpreteze informațiile/datele;
* elaboreze diagnosticul de nursing;
* stabilească prioritățile;
* stabilească obiectivele;
* selecteze strategiile de urmat în procesul de îngrijire.

Planul de îngrijire trebuie adaptat în dinamica procesului de îngrijire în funcție de evoluția pacientului (apreciată și prin aplicarea constantă a scorurilor) și de indicațiile medicului curant.

***2.3.2.2. Cerință - Unitatea sanitară asigură colaborarea cu medicul de familie și / sau medici din ambulatoriul de specialitate***

Necesitatea asigurării continuității serviciilor medicale inițiate pentru pacient dar și monitorizarea evoluției patologiei/patologiilor pentru care s-a adresat ÎMD impune o colaborare cu celelalte paliere ale asistenței medicale. Această colaborare se referă atât la primirea de informații despre pacient de la medicul prescriptor/medicul de familie, cât și la solicitarea de consulturi de specialitate (când e cazul) de la alți medici. Totodată, informațiile rezultate în urma furnizării ÎMD trebuie sintetizate și transmise, fie pe etape de tratament, fie la sfârșitul perioadei recomandate, atât medicului prescriptor, cât și medicului de familie, care are obligația monitorizării pacientului.

***2.3.3. Criteriu - Unitatea sanitară asigură continuitatea asistenței medicale***

Preocuparea USA pentru acordarea ÎMD nu se limitează la îngrijirea pacientului în funcție de nivelul de competență asumat; dacă pentru o evoluție optimă sunt necesare servicii medicale care completează asistența medicală oferită de USA, profesioniștii acesteia recomandă pacientului/aparţinătorilor, serviciile medicale necesare, care pot sprijini/completa ÎMD acordate până la acel moment (ex.: recuperare, consiliere psihologică).

***2.3.3.1. Cerință - Unitatea sanitară asigură continuitatea îngrijirilor medicale inițiate anterior pentru pacientul preluat pentru îngrijiri medicale la domiciliu***

Practica modernă în diagnosticul și tratamentul pacientului presupune abordarea fiecărui pacient astfel încât să fie identificate toate nevoile pacientului. Abordarea multi sau interdisciplinară înseamnă resurse economisite și accesibilitate sporită a pacientului la servicii de îngrijire conform nevoilor identificate.

USA asigură în cadrul acesteia, resursele materiale și umane necesare continuității asistenței medicale. Sunt identificate bolile sau grupele de boli pentru care este necesară o colaborare multidisciplinară pentru a asigura continuitatea îngrijirilor și pentru a se asigura orientarea pacientului către alte servicii. Se asigură serviciile de suport necesare continuității asistenței medicale.

De asemenea, este necesară continuarea îngrijirii medicale care a fost începută în altă US (spital, alt furnizor de ÎMD, alt tip de organizație - hospice etc.) și se consemnează în FOÎMD, personalul desemnat, materialele utilizate și manevrele medicale efectuate pentru a corespunde necesarului conform procedurilor.

***2.3.3.2. Cerință - Unitatea sanitară asigură serviciile de recuperare / reabilitare recomandate***

Pentru asigurarea accesului pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare/reintegrare, trebuie stabilite patologiile care necesită serviciile de recuperare/reabilitare.

Prezența unui personal specializat în medicină de recuperare/reabilitare, kinetoterapeuți, maseuri, medici de specialitate în recuperare medicală, permite furnizorului să ofere acces la servicii de reabilitare la domiciliu.

În cazul în care US nu dispune de personal specializat se vor încheia protocoale de colaborare cu US care furnizează servicii de recuperare/reabilitare pentru asigurarea continuității tratamentului pacienților.

Serviciile de recuperare / reabilitare sunt reglementate și etapizate.

* Prima etapă: recomandarea, prezentă în copie în FOÎMD, pentru servicii de reabilitare / recuperare se face de către un medic din specialitatea recuperare, medicină fizica și balneologie, după o consultație de specialitate în ambulatoriu sau de către medicul specialist de recuperare care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de ÎMD, după caz;
* A doua etapă: pacientul este examinat clinic de către medicul care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de ÎMD sau de către medicul de familie al pacientului (conform standardului de examinare inițială la preluarea în ÎMD);
* A treia etapă: se stabilește și specifică în FOÎMD dacă pacientul este apt pentru recuperare / reabilitare și se stabilește programul recuperator de către medicul care a făcut recomandarea de recuperare/reabilitare sau de către medicul de recuperare care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de ÎMD, unde este cazul;
* A patra etapă: se adapteaza planul de îngrijire, se stabilește în programul de IMD și în Registrul planurilor de îngrijire programarea personalului (data și ora).

***2.3.4. Criteriu - Planul de îngrijiri medicale la domiciliu este adaptat nevoilor medicale, sociale și familiale ale pacientului***

Cerințele acestui criteriu urmăresc să determine din partea profesioniștilor un comportament responsabil în ceea ce privește preluarea în îngrijire a unui pacient, în funcție de necesarul de personal, de competențele profesionale ale acestora, întregul proces fiind adaptat nevoilor pacienților aflați în îngrijire.

Planul de îngrijire este un ansamblu de activități și operațiuni organizate sistematic, ce permite acordarea de îngrijiri individualizate. Acest proces este centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ la o modificare reală/potențială de sănătate.

Culegerea datelor - permite efectuarea unei inventarieri a tuturor aspectelor privind pacientul în întregul său, despre suferința sa, obiceiurile sale de viață și necesităţile satisfacerii nevoilor sale fundamentale.

Sistemul de evaluare al nevoilor fundamentale acceptat și utilizat în România este modelul Virginiei Henderson, care utilizează 14 parametri:

1. nevoia de a respira și a avea o bună circulație;
2. nevoia de a bea și a mânca;
3. nevoia de a elimina;
4. nevoia de a se mișca și a avea o bună postură;
5. nevoia de a dormi și de a se odihni;
6. nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca;
7. nevoia de a menține temperatura corpului constantă;
8. nevoia de a menține tegumentele curate și integre;
9. nevoia de a evita pericolele;
10. nevoia de a comunica;
11. nevoia de a acționa conform propriilor credințe și valori;
12. nevoia de a se realiza;
13. nevoia de a învăța;
14. nevoia de recreere.

Independența reprezintă starea în care individul reușește satisfacerea propriilor nevoi, prin acțiuni pe care le îndeplinește singur fără ajutorul altei persoane.

USA decide parametrii optimi din Sistemul de evaluare al nevoilor fundamentale pe care îi va utiliza constant în evaluarea periodică a pacientului.

***2.3.4.1. Cerință - Planul de îngrijire este întocmit individualizat, comunicat și acceptat de către pacient și / sau aparținători***

Planul de îngrijire personalizat este prezentat și adoptat de către pacient / familie / aparținători / reprezentant legal / etc., dovada fiind acordul scris de manevre medicale și tratament medical. Acesta este un acord scris (în dublu exemplar) şi semnat atât de personalul care face informarea, cât şi de pacient/aparţinător şi cuprinde:

* datele de identificare ale pacientului și persoanei care își asuma acceptul pentru a fi efectuate manevrele medicale sau tratamentul medical recomandat(e) de către medicul prescriptor;
* semnătura acestuia/acesteia;
* descrierea manevrelor medicale/tratamentului medical;
* nominalizează persoana care a făcut informarea verbală sau scrisă și gradul de calificare;
* obiecții ale pacienților/ familiei / aparținătorilor/ reprezentanților legali/etc.

Un exemplar este înmânat pacientului/aparţinătorilor și un al doilea exemplar este atașat la FOÎMD.

Prin semnarea acordului de manevre medicale și tratament medical individualizat planul este adoptat/acceptat formal de către pacient/aparţinători. Furnizorul poate fi tras la răspundere doar dacă în procesul de adoptare nu a oferit informații despre ce conține planul de îngrijire şi nu a formalizat această acţiune prin obţinerea acordului informat.

***2.3.4.2. Cerință - Planul de îngrijire implică rețeaua primară de suport (RPS) și include recomandări suplimentare pe lângă recomandările medicale pentru care s-au solicitat îngrijiri medicale la domiciliu***

Planul de îngrijire este întocmit de comun acord cu familia / aparținătorii / reprezentanții legali / etc, fără a încălca protocoalele medicale și poate include recomandări suplimentare pe lângă recomandările medicale pentru care s-au solicitat îngrijiri medicale la domiciliu.

În FOÎMD se consemnează "rețeaua primară de suport", respectiv rețeaua de susținere a pacientului formată din familie, rude apropiate, prieteni și genograma acestuia. Aceasta se personalizează la particularitățile cazului și se fac recomandări din setul-formular de măsuri adjuvante, stabilit cu caracter general-maximal de către USA, prin responsabilul compartimentului operativ sau funcția asimilată.

Această listă-formular de măsuri adjuvante cuprinde elemente referitoare la mediul din locuința, alimentație, igiena fizică, achiziționarea de dispozitive de ajutor pentru ÎMD (saltele anti-escare, dispozitive de mers/mobilizare) şi în forma sa particularizată cazului are ca scop implicarea şi responsabilizarea pacientului/aparţinătorilor în scopul aplicăr planului de ÎMD.

Setul-formular de măsuri adjuvante, stabilit cu caracter general-maximal de către USA este adus la cunoștință personalului în ședința de instruire (PV de ședință la angajare și periodic – ex: la 6 luni) și este utilizat de către personalul care își desfășoară activitatea la domiciliul pacientului, în forma sa personalizată cazului.

Exista spațiu dedicat în FOÎMD unde se confirma primirea listei-formular de către pacient / aparținători , în forma sa particularizată împreună cu setul măsurilor care s-au recomandat.

Se specifică în FOÎMD îndeplinirea/neîndeplinirea în practică, din partea pacientului / aparținătorilor, a recomandărilor adjuvante care le revin complementar la planul de ÎMD.

***2.3.4.3. Cerință - La sistarea sau finalizarea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu se întocmește un raport / rezumat de episod***

În planul de îngrijiri se consemnează și responsabilul operativ desemnat sau funcția asimilată, care are prevăzută în fișa postului sarcina de a întocmi, la finalizarea/sistarea episodului de îngrijiri medicale, un raport/rezumat al episodului de ÎMD, respectând formatul decis de USA.

Raportul este recomandat să conțină:

1. datele de identificare (numele complet, adresa dispeceratului /punctului de lucru / sediului social);
2. datele de contact (numerele de telefon de contact, adresa de poștă scrisă și electronică);
3. datele de autorizare ale furnizorului (ex.: nr contract CNAS);
4. numărul de ordine din registrul rapoartelor de episoade de ÎMD;
5. numele medicului căruia îi este adresat - medicul care a recomandat/prescris ÎMD și/sau medicul de familie;
6. datele de identificare ale pacientului;
7. diagnosticul principal la preluare și diagnosticele secundare;
8. serviciile medicale furnizate / manevrele medicale efectuate;
9. evoluția stării de sănătate pe parcursul episodului și dacă a fost cazul, descrierea incidentelor apărute (dată, cauze) împreună cu rezoluția lor (modul de abordare și sancționare a cauzei);
10. gradul de dependență / statusul de performanță ECOG la evaluarea inițială și la finalul acordării ÎMD;
11. semnătura responsabilului care a avizat raportul (medicul care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de ÎMD, unde este cazul\*);
12. recomandări după episodul de ÎMD;
13. datele de identificare ale persoanei care primește raportul ce se înmânează pacientului/aparținătorilor, cu semnătura confirmării de primire,.

Deci, un exemplar al raportului final al episodului / rezumatului de episod de ÎMD, se remite obligatoriu medicului care a emis recomandarea de ÎMD, un alt exemplar, se atașează la FOÎMD și al treilea exemplar se înmânează pacientului/aparținătorilor.

USA are reglementată arhivarea tuturor rapoartelor finale de îngrijire, pentru toți pacienții acesteia.

*\* în prezent, prin contractul cu CJAS/CASMB este obligatorie prezența unui medic în cadrul USA care acordă IMD cu decontare din FNUASS, dar există și USA care acordă IMD și care nu au medic angajat permanent, dar pot solicita evaluare și acreditare din partea ANMCS*

***2.3.5. Criteriu - Datele medicale sunt înregistrate corect, complet și accesul la aceste date este reglementat***

FOÎMD și continutul său sunt documente medico-legale și ele cuprind înregistrările complete ale tuturor activităților medicale efectuate pacientului.

Pentru a permite asigurarea continuității îngrijirilor pentru pacient, înregistrările efectuate în documentele medicale trebuie să fie clare, precise, corecte și, ideal, făcute în timp real sau cât mai aproape posibil de momentul acțiunii respective.

Prin îndeplinirea acestui obiectiv se obține:

* reducerea birocrației nejustificate;
* colectarea și înregistrarea de date valide;
* asigurarea trasabilității proceselor;
* comunicarea eficientă între profesioniști;
* asigurarea suportului material în comunicarea cu pacientul.

***2.3.5.1. Cerință - Există o reglementare pentru datele necesar a fi înregistrate și monitorizate pe întreaga durată a furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu***

Procedurile prin care se furnizează serviciile de ÎMD au fiecare un set de date care sunt urmărite pentru evaluarea respectării lor și trebuie cunoscute de personalul medical. USA stabilește datele necesar a fi culese, consemnate și monitorizate la nivelul fiecărei structuri.

Setul de date necesar a fi înregistrate și monitorizate este completat și respectat pe parcursul furnizării serviciilor de ÎMD. Este necesară monitorizarea corectitudinii sia integralității completării documentelor și în special a celor medicale.

Trebuie identificate, înregistrate, raportate și analizate eventualele disfuncționalități apărute în procesele de colectare a datelor; rezultatele evaluărilor periodice a colectării datelor vor fi utilizate și pentru îmbunătățirea modalității de colectare.

***2.3.5.2. Cerință - Evoluția pacientului pe perioada episodului de îngrijire este consemnată corect, complet și în timp real în foaia de observație pentru îngrijiri la domiciliu***

Personalul medical sau cel desemnat să completeze în FOÎMD, este instruit să consemneze și să prelucreze seturile de date înregistrate și informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele, consultațiile, unde este cazul și recomandările terapeutice dacă au intervenit schimbări în timpul episodului de ÎMD.

Personalul calificat și necalificat medical care are sarcina să completeze și să prelucreze seturile de date înregistrate în FOÎMD, are precizat acest lucru în fișa de post.

Completarea seturilor de date înregistrate în FOÎMD și identificarea personalului care a îndeplinit sarcina este verificată periodic.

***2.3.6. Criteriu - Managementul stării terminale respectă demnitatea și confortul pacientului, asigurând suport familiei***

Personalul medical adoptă o conduită unitară cu privire la identificarea și managementul pacientului aflat în stare terminală.

Serviciile de suport în perioada de doliu au ca scop facilitarea procesului de adaptare și reintegrarea socială a familiei/persoanei care a suferit pierderea unui membru apropiat.

Suportul în perioada de doliu cuprinde trei componente:

* componenta 1: se adresează tuturor familiilor afectate de pierdere și constă în oferirea de informații sau suport minim prin 1-2 întâlniri cu echipa serviciului de îngrijiri paliative sau la domiciliu specializate, în primele 6 săptămâni după decesul pacientului;
* componenta 2: se adresează membrilor familiilor cu nevoi complexe de adaptare la pierdere, identificate în timpul asistării pacientului cu boală cronică progresivă și constă în consiliere de doliu de către profesioniștii sau membri echipei de îngrijiri paliative/îngrijiri medicale la domiciliu specializate care a fost implicată în asistența pacientului decedat, până la 12 luni după decesul pacientului. 10-15% din persoanele afectate au un risc de doliu patologic;
* componenta 3: se adresează persoanelor afectate de o suferință prelungită/patologică datorată decesului unui membru de familie sau unei persoane apropiate. Suferința patologică se poate manifesta prin probleme mentale și fizice severe - insomnie, depresie, imunodepresie, boli cardiace, suicid, afectare a integrării sociale. Suportul este asigurat prin servicii specializate psihiatrice.

***2.3.6.1. Cerință - Starea terminală este abordată specific***

USA are identificată și consemnată în manualul de proceduri, definiția stării terminale, împreună cu semnele și simptomele care o definesc și procedura sau procedurile care trebuie urmate pentru a comunica starea terminală a pacientului, familiei sau aparținătorilor.

Sunt efectuate instruiri ale personalului care interacționează cu pacientul/aparținătorii, la angajare sau periodic, cu privire la metodologia de comunicare a situațiilor definite ca stări terminale sau a celor cu impact psiho-emoțional.

Sunt respectate opțiunile exprimate ale pacientului cu boală cronică progresivă, cu privire la comunicarea informațiilor referitoare la starea terminală către familie sau aparținători.

***2.3.6.2. Cerință - Unitatea sanitara respectă protocolul de stare terminală***

Personalul USA este instruit să respecte protocolul sau procedura de stare terminală, consemnata în manualul de proceduri, care conține:

* evaluarea prezenței stării terminale;
* discutarea cu pacientul și/sau familia/aparținători, a planului de îngrijire.

În FOÎMD sunt consemnate semnele care argumentează diagnosticul de stare terminală, etapele protocolului de stare terminală, precum și aplicarea acestora.

***9.4.4. Standard 2.4. - Managementul medicației asigură continuitatea tratamentului și siguranța pacientului***

**Scopul** acestui standard este de a stabili condițiile de furnizare a medicației, în vederea asigurării continuității serviciilor clinice oferite de USA, astfel încât să permită stabilirea trasabilității medicamentului.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* schemele de tratament stabilite în funcție de nevoile individuale ale pacientului sunt susținute de medicația existentă, asigurând continuitatea îngrijirilor medicale;
* înregistrările medicației sunt clare, exacte, precise, complete, actuale, permițând monitorizarea trasabilității medicamentului și intervenția în cazul în care este nevoie de evaluare, control sau corectarea unui proces.

***2.4.1. Criteriu - La nivelul unității sanitare exista o reglementare de monitorizare a administrării medicației***

Erorile de medicație și consecințele lor negative, evenimentele adverse datorate medicamentelor, constituie astazi o gravă problemă în sănătatea publică. Consecințele clinice ale erorilor de medicație, au importante repercusiuni nu doar din punct de vedere uman, asistențial și economic, ci și pentru că generează neîncredere în rândul pacienților în ceea ce privește sistemul de sănătate și afectează profesioniștii și instituțiile medicale.

Se recomandă în primul rând implementarea de practici specifice, menite să reducă erorile de prescriere, depozitare și administrare a medicamentelor.

Trebuie făcute cunoscute practicile și reglementările USA, pentru implicarea tuturorcelor care intervin în procesul de acordare a ÎMD, inclusiv pacienții; se va avea în vedere reducerea la minim a probabilității de apariție a erorilor, precum și reducerea potențialului celor apărute de a produce efecte adverse pacienților.

Aceste reglementări trebuie să fie bazate pe următoarele principii de siguranță:

* utilizarea protocoalelor detaliate și explicite și/sau a foilor pre imprimate. Implementarea protocoalelor duce la diminuarea dependenței de memorie și permite personalului recent angajat, să poată efectua asistența într-un mod sigur;
* standardizarea și simplificarea comunicării tratamentelor și medicației, prin elaborarea și monitorizarea/analiza protocoalelor pentru a crește gradul de uniformitate al proceselor;
* facilitarea accesului la informațiile despre pacient și tratamentul primit de acesta ar trebui să fie accesibile pentru tot personalul implicat în îngrijirea acestuia. Această informație trebuie să fie actualizată constant. Datele trebuie să includă cel puțin greutatea, vârsta, alergiile, rezultatele de laborator, diagnosticul și tratamentul pacientului;
* educarea pacienților prin participarea în mod activ la propria îngrijire, prin informarea pe înțelesul lor asupra posibilelor erori care pot apare în administrarea medicamentelor și în asigurarea materialelor (documentelor) scrise.

***2.4.1.1. Cerință - Administrarea medicației se face doar în limitele competenței personalului medical conform recomandărilor medicale existente***

Condițiile și procedurile medicale de administrare a medicației prescrise, sunt stabilite și cunoscute la nivelul USA, prin reglementari asumate de personalul desemnat responsabil, în limitele competenței.

Se identifică în FOÎMD medicația administrată, schema de administrare, împreună cu personalul care a administrat și observațiile în cazul unor efecte adverse sau efecte secundare indezirabil legate de medicația administrată.

***2.4.1.2. Cerință - Trasabilitatea medicației administrate este asigurată***

Trasabilitatea reprezintă capacitatea de a urmări aplicarea, locația și / sau istoricul unei activități sau al unui element prin intermediul datelor înregistrate. Când este vorba de un sistem de asigurare a calității, trasabilitatea constituie o caracteristică a sistemului respectiv.

Asigurarea trasabilității medicamentelor pe tot parcursul lanțului, reprezintă garanția asigurării siguranței pacientului, a calității, integrității și disponibilității medicamentelor, fiind specificată în FOÎMD, de la prescriere până la administrare (inclusiv medicația topica și OTC-urile).

Se identifică în FOÎMD traseul medicației (automedicația și medicația de tip OTC - < Over the Counter > produs medicamentos care se poate elibera fără prescripţie medicală).

***2.4.2. Criteriu - Prescrierea, administrarea și întreruperea administrării de antibiotice este fundamentată medical și se asigură trasabilitatea utilizării acestora***

**Scopul** acestui criteriu este de a determina profesioniștii și managementul USA să depună un efort colectiv pentru adoptarea măsurilor în vederea utilizării corecte a antibioticelor, care să permită oferirea celui mai bun tratament posibil pentru pacient și limitarea riscului de apariție a unor rezistențe bacteriene.

Utilizarea corectă a antibioticelor, pe lângă respectarea tuturor regulilor terapiei medicamentoase, are în vedere și particularitatea acestora în ceea ce privește interacțiunea lor cu flora microbiană, determinând selecția de agenți patogeni rezistenți care pot fi transmiși în contextul contaminării asociate actului medical.

Consumul ridicat de antibiotice, prevalența rezistenței, costurile suplimentare generate de infecții, riscurile privind siguranța pacientului, impun ca USA să se angajeze într-un proces de îmbunătățire a practicilor proprii, cu evaluarea periodică a eficacității practicilor medicale în ceea ce privește acest risc.

***2.4.2.1. Cerință - Prescrierea antibioticelor se face conform rezultatului antibiogramei și ghidurilor de antibioterapie recunoscute***

În FOÎMD prescrierea de antimicrobiene/antibiotice este precedată de recomandarea și realizarea de cultură și antibiogramă.

Recomandarea de antibioterapie se poate efectua de către:

* medicul de familie al pacientului;
* înainte de externare, de către medicul din spitalul unde pacientul a fost internat, înainte de preluarea pentru ÎMD;
* de către alt medic de orice specialitate, în cursul unei consultații interclinice;
* de către medicul angajat al furnizorului de ÎMD, unde este cazul;

Utilizarea judicioasă a antibioticelor în ÎMD, presupune reglementarea prescrierii pe bază de protocoale, vizând prevenirea emergenței florei microbiene rezistente. Existența protocoalelor de antibioterapie reprezintă cele mai importante măsuri pentru promovarea bunei utilizări a antibioticelor, evitând astfel prescrierea inutilă sau nepotrivită.

Cele mai frecvente probleme care intervin în prescrierea inadecvată a antibioterapiei, sunt:

* întârzierea inițierii administrării la pacienții critici;
* spectrul antibioticului prea larg sau prea îngust;
* doză prea mică sau prea mare;
* durata administrării prea lungă sau prea scurtă;
* antibioterapia nu este revizuită la 48-72 ore, sau când rezultatele antibiogramei devin disponibile.

Se vor consemna efectele secundare ale medicației antimicrobiene în FOÎMD împreună cu data și ora când se sistează administrarea antibioterapiei și numele persoanei care face consemnarea .

Se consemnează în FOÎMD înștiințarea sistării medicației făcută către medicul care a prescris antibioterapia, când a fost făcută și modul cum a fost făcută.

***2.4.2.2. Cerință - Antibioterapia este documentată și se modifica în funcție de evoluție***

Prescrierea antibioticelor trebuie să aibă în vedere consemnarea în documentele medicale și transmiterea corectă a informațiilor către toate părțile implicate în eliberarea, distribuirea și administrarea medicamentelor, respectiv:

* datele de identificare a pacientului;
* dozele;
* calea și ritmul de administrare;
* numele prescriptorului;
* asigurarea trasabilității procesului;
* analiza consumului;
* fundamentarea medicală a prescrierii.

Înregistrările prescrierii unui antibiotic trebuie să permită trasabilitatea utilizării acestuia, cu identificarea prescriptorului și justificările modificărilor de indicație.

Pentru stabilitatea și durata antibioterapiei, personalul medical colaborează cu medicul curant și/sau medicul de boli infecțioase.

Posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârsta, patologiile asociate – insuficiență renală, hepatică, aplazie medulară etc.).

Decizia prelungirii antibioterapiei trebuie să fie argumentată clinic și biologic (în terapia prelungită, raportul beneficiu / risc este nefavorabil). Antibioticele utilizate pentru antibiogramă trebuie să respecte sensibilitatea claselor de germeni (se recomandă antibioticele cu spectru restrâns).

Durata, modul de administrare, modificările tratamentului și condițiile prescrierii de antibiotice, se consemnează în FOÎMD.

***9.4.5. Standard 2.5. - Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale respectă bunele practici în domeniu***

**Scopul** acestui standard este de a determina managementul USA să dea dovadă de înțelegere și bună cunoaștere a riscului și a prejudiciilor care se pot produce, ca rezultat al infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM), având o preocupare constructivă pentru identificarea unor soluții multifactoriale care să vizeze evaluarea și controlul riscului infecțios.

Riscurile și prejudiciile asociate IAAM pot rezulta din:

* necunoașterea/cunoașterea insuficientă sau aplicarea deficitară a unor norme definite ca Precauțiuni standard și Precauțiuni suplimentare sau specifice;
* scheme de antibioprofilaxie/antibioterapie prescrise eronat, aplicate inadecvat, excesiv, care determină din ce în ce mai frecvent selectarea de tulpini bacteriene rezistente la antibiotice, cu implicații majore în epidemiologia bolilor transmisibile, inclusiv a infecțiilor asociate asistenței și îngrijirilor medicale;
* lipsa unui set de protocoale documentate referitor la utilizarea rațională a antibioticelor, alertă epidemiologică, acțiuni de prevenție și control, îngrijire medicală, supravegherea mediului la locuința pacientului;
* lipsa de coroborare între controlul utilizării antibioticelor și măsurile de supraveghere și control ale IAAM.

Infecțiile asociate asistenței și îngrijirilor medicale constituie o problemă a sistemelor de sănătate din întreaga lume, deoarece IAAM-urile pot induce suferințe grave pacienților precum:

* creșterea morbidității prin apariția de complicații la boala de bază, sechele, disfuncții;
* creșterea duratei de tratament;
* posibilitatea de internare în spital;
* creșterea costurilor prin îngrijiri suplimentare;
* afectarea calității vieții pacientului;
* decesul pacientului.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* dezvoltarea unui program de gestiune a riscului infecțios, în care acesta să fie explicat, înțeles, conștientizat și aplicat în mod voluntar de întreg personalul medical, iar ulterior să fie adoptat un plan de supraveghere continuă și coerentă;
* instituirea unei culturi durabile privind siguranța și securitatea pacientului și creșterea calității asistenței medicale;
* implicarea personalului în ÎMD, în respectarea tehnicilor de asepsie și antisepsie, în utilizarea materialelor sanitare de unică folosință și a celor reutilizabile, în utilizarea dispozitivelor medicale.

***2.5.1. Criteriu -* Managementul unității sanitare supraveghează riscul infecțios și acționează pentru a-l controla**

Infecțiile asociate activităților medicale (IAAM), constituie unul dintre cele mai importante aspecte din medicina contemporană pentru orice USA. IAAM sunt considerate în același timp un indicator privind nivelul calității activităților medicale furnizate de către USA.

Cadrul de supraveghere, prevenire și control al IAAM, eficacitatea și eficiența vor atinge nivelul așteptat numai dacă și acolo unde, personalul medical la toate nivelurile, împreună cu personalul auxiliar, vor avea cunoștințele practice necesare, conștiința profesională, precum și posibilitatea de a le aplica în mod constructiv și eficient.

Obiectivele principale ale supravegherii în controlul infecțiilor sunt:

* detectarea schimbărilor în tabloul IAAM-urilor sau procedurilor de prevenire și control care indică apariția unei probleme de tip infecție;
* includerea culegerii de date în detectarea modelelor infecțioase (căi de transmitere, germeni patogeni) și / sau proceselor de control și prevenire a infecțiilor (igiena mâinilor, folosirea și rezistența la antibiotice, antibioprofilaxia).

Rămâne extrem de important ca IAAM, să reprezinte o preocupare constructivă comună a conducerii unităților medicale, a personalului implicat în prevenirea și controlul acestora.

Supravegherea este concentrată și pe infecțiile asociate anumitor dispozitive (ex. infecțiile urinare asociate sondajului).

Scopul supravegherii este prevenirea infecțiilor asociate cu îngrijirile de sănătate prin detectarea precoce a schimbărilor în incidența infecțiilor sau în epidemiologia microorganismelor. Datele sunt folositoare doar dacă sunt oferite în timp util celor care trebuie să le cunoască pentru a putea ameliora calitatea îngrijirilor oferite.

***2.5.1.1. Cerință - Exista un plan pentru prevenirea și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM) cauzate de nerespectarea procedurilor / protocoalelor medicale***

Managementul USA se implică în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale prin elaborarea unor proceduri / protocoale, precum și prin conceperea și implementarea unui plan anual de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, în cazul în care nu au fost respectate procedurile sau protocoalele medicale.

Se recomandă elaborarea unui plan scris, pentru prevenire / supraveghere / limitare și control al IAAM-urilor la nivelul USA, care să cuprindă:

* definițiile folosite;
* IAAM-urile supuse monitorizării;
* sumar al manevrelor, cu identificarea riscului infecțios și metode efective de reducere a acestuia;
* seturile datelor colectate, metoda de culegere și frecvența colectării datelor;
* persoanele responsabile de această activitate.

Planul anual de autocontrol, pentru activitățile de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale este cunoscut și aplicat în cadrul USA.

***2.5.1.2. Cerință - Sunt supravegheați pacienții cu infecții prezente, la debut sau cu risc***

USA alocă resurse pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale, urmărind documentat în FOÎMD pacienții cu infecții prezente, la debut sau cu risc. Exista înregistrări de monitorizare pentru bolile infecțioase sau transmisibile ale pacienților.

Predispoziția la infecție a pacienților în funcție de afecțiunile asociate este cunoscută de către personalul medical.

***2.5.1.3. Cerință - Unitatea sanitară asigură instruirea periodică a personalului privind supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile***

Se procedează periodic la instruirea personalului, cu privire la metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile, a metodologiei de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale.

Pentru asigurarea unor condiții de siguranță privind supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile, USA se preocupa de informarea continuă a personalului cu privire la potențialului evolutiv și a riscului infecțios.

***2.5.2. Criteriu - Managementul fiecărui caz are obiective de prevenire și limitare a riscului infecțios***

Există infecții determinate de anumite microorganisme al căror control are o importanță deosebită în prevenirea IAAM, denumite și microorganisme “de alertă”. Aceste microorganisme se răspândesc rapid și determină izbucniri epidemice, sunt dificil de tratat fiind rezistente la multe antibiotice, sau pot cauza boli grave, reprezentând un risc de sănătate publică pentru pacienți, personal sau vizitatori.

Rezistența la antibiotice apare ca o evoluție naturală a microorganismelor în urma expunerii la antimicrobiene. Principiul rezistenței la antibiotice a fost descris că “supraviețuirea celui mai adaptat”. Acolo unde agenții antibacterieni omoară bacteria susceptibilă, microorganismul rezistent supraviețuiește și se multiplică și poate infecta/ coloniza alți pacienți. Rezistența poate să apară prin mutație, transfer de gene sau prin dezvoltarea speciilor cu rezistență moștenită. Importanța acestor procese variază cu microorganismul, cu agentul antimicrobian și cu contextul instituțional.

Printre cele mai frecvente microorganismele generatoare de IAAM, amintim:

* Staphylococcus aureus, inclusiv MRSA;
* Streptococ hemolitic de grup A;
* Bacili Gram negativi;
* Enterococi rezistenți la glicopeptide;
* Tuberculoza;
* Clostridium difficile;
* Virusuri cu determinări gastroenterale;
* Virusuri cu transmitere prin sânge.

Personalul medical este supus riscului de expunere ocupațională prin:

* expunere percutantă (înțepături, tăieri cu obiecte ascuțite contaminate, cum sunt acele, instrumentele);
* expunere prin pielea care prezintă leziuni (tăieturi, excoriații, afecțiuni cutanate);
* expunerea mucoaselor (conjunctivală, bucală).

***2.5.2.1. Cerință - Sunt supravegheate manevrele medicale cu risc infecțios***

Se vor consemna la rubrica dedicată din FOÎMD, manevrele medicale cu risc infecțios care sunt efectuate în cadrul activităților de îngrijiri medicale, eficiența lor și metodele de prevenire aplicate și de asemenea măsurile luate în consecință.

***2.5.2.2. Cerință - Este urmărit riscul infecțios al pacientului și sunt aplicate metode de reducere***

Pacienții sau personalul medical infectați reprezintă principala sursă de agenți patogeni iar reducerea sau prevenirea diseminării microorganismelor de la sursă este critică.

În vederea diminuării acestui risc se recomandă:

* elaborarea unor protocoale privind activitatea de monitorizare a pacienților pentru depistarea colonizărilor/infecțiilor prezente;
* stabilirea unor modalității de colaborare cu medicul specialist de boli infecțioase în situațiile în care este necesar;
* declararea infecțiilor asociate asistenței medicale, în conformitate cu legislația în vigoare.

Igiena mâinilor este esențială pentru a reduce riscul de răspândire a infecțiilor, poate fi monitorizată direct sau indirect. Metodele directe includ observarea directă și evaluarea de către pacienți, sau auto-raportarea personalului.

Pentru tratarea riscului infecțios al activităților de asistență medicală, se recomandă elaborarea și implementarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM la domiciliul pacientului.

***2.5.2.3. Cerință - Starea de sănătate a personalului medical, din punct de vedere al riscului infecțios, este monitorizată***

Gestionarea și monitorizarea riscului infecțios al personalului este procedurată și se realizează prin:

* înregistrarea cazurilor de expunere accidentală la produse biologice;
* vaccinarea personalului medico-sanitar;
* respectarea regulilor de tehnică aseptică;
* instruirea personalul privind autodeclararea îmbolnăvirilor;
* comunicarea cazurilor suspecte de boli transmisibile din rândul personalului;
* formarea personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale;
* informarea și instruirea personalului cu privire la metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial infecțios pentru personal, obligativitatea raportării expunerii accidentale și metodele de prevenire și evaluare a riscului de infecție.

***9.4.6. Standard 2.6. -* Unitatea sanitară dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului**

**Scopul** acestui standard este de a determina personalul medical, să identifice situațiile în care pacientul ar putea suferi prejudicii prin intervenție sau non-intervenție și să adopte măsurile care să permită garantarea siguranței pacienților în acordarea serviciilor de sănătate.

Siguranța paciențilorconstituie cea mai importantă dimensiune a calității îngrijirilor de sănătate. Creșterea complexității serviciilor de sănătate oferite de medicină modernă, a adus pe lângă avantaje respectiv beneficii pentru sănătatea populației și probleme reprezentate de vătămări și chiar decese ale pacienților, ca urmare a erorilor apărute în cadrul desfășurării serviciilor medicale.

Evenimentele adverse, reprezintă unele dintre cele mai frecvente surse de prejudicii aduse sănătății pacienților, reprezentând o sursă majoră de morbiditate și mortalitate în întreaga lume.

**Eveniment advers** **asociat asistenței medicale - EAAAM** (conform Ordinului 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului)

* eveniment considerat prevenibil;
* eveniment care reprezintă afectarea neintenționată și nedorită a sănătății, rănirea, îmbolnăvirea, dizabilitatea temporară / permanentă sau chiar moartea pacientului, asociată asistenței medicale.

**Eveniment "near miss"** sau **Incident**

* eveniment care nu a afectat pacientul, fără o intervenție deliberată pentru evitarea sa;
* eveniment care are capacitatea de a provoca vătămări;
* eveniment care nu are consecințe negative, datorită identificării și corectării în timp util și corect a posibilelor consecințe pentru pacient.

**Eveniment santinelă**

* eveniment catastrofic soldat cu decesul sau invaliditatea permanentă a pacientului sau necesită o perioadă lungă de recuperare post-eveniment;
* eveniment care reflectă grave disfuncționalități la nivelul USA și care necesită analiză și măsuri imediate.

**Accident**

eveniment care a produs prejudicii tratabile pacientului și pentru a cărui rezolvare a fost necesară o intervenție suplimentară asupra acestuia.

**EAAAM** reprezintă deci termenul utilizat pentru toate evenimentele adverse care includ evenimentele "near miss", incidente, evenimentele santinelă și accidente.

Multe erori pot fi prevenite și necesită introducerea unor schimbări în modalitatea de furnizare a serviciilor de sănătate, pentru a răspunde obiectivului major de siguranță a pacientului.

**Tipuri de erori**

* care țin de diagnostic (întârziere în diagnostic, neindicarea testelor și analizelor adecvate, interpretare inadecvată a rezultatelor și deficiențe în urmărirea pacientului);
* care țin de tratament (greșeli de prescriere, administrarea tratamentului - doze și căi de administrare a medicamentelor - contraindicații, întârzieri în administrare etc);
* care țin de profilaxie (neindicarea tratamentului profilactic, lipsa supravegherii și monitorizării;
* alte cauze (IAAM-uri, probleme ce țin de echipamente / dispozitive medicale, probleme de organizare a sistemului de furnizare a serviciilor, comunicarea deficitară a personalului medical etc).

**Consecințe ale erorilor medicale**

*Psihologice*

* pacient: necesită asistență suplimentară;
* medic: pierderea încrederii, sentimente de vină, culpabilitate, frustrare.

*Fizice*

* necesită reinvestigare.

*Sociale*

* întârzie reinserția social / profesională a pacientului.

*Economice*

* creșterea costurilor investigării în vederea diagnosticării și tratamentului.

*Legale*

* malpraxis;
* răspundere materială;
* răspundere administrativă;
* răspundere civilă;
* răspundere penală.

Sunt descrise în literatură două tipuri de erori:

* **greșeli active** cauzate de încălcări sau greșeli de procedură, care au impact imediat asupra victimei, de obicei sunt primele investigate;
* **greșeli latente,** nu produc efect direct prin ele însele, stau în stare latentă, până când se întrunesc anumite condiții locale sau se comit greșeli active, producând astfel o catastrofă.

În această categorie intră deciziile de design, construcție, manageriale sau nerespectarea procedurilor / protocoalelor. De exemplu, decizia de alocare limitată a resurselor financiare sau umane, poate în timp, să întrunească condițiile pentru declanșarea unui accident grav prin acumularea și intervenția factorilor activi prin oboseala excesivă, lipsa de personal, lipsa de materiale și echipamente.

Bunele practici de analiză a cauzelor erorilor au demonstrat multitudinea factorilor care influențează comportamentele și practicile din serviciile medicale. Analiza sistemului poate să abordeze toate componentele calității, structura, procesul, rezultatul.

Factorii individuali psihologici, comportamentali și pregătirea profesională reprezintă doar o categorie de factori implicați în mediul de muncă al serviciilor medicale. Conform acestei abordări sistemice, nu trebuie să se înțeleagă că personalul este absolvit de responsabilitatea ce îi revine prin activitatea desfășurată, nici de răspunderea disciplinară, acolo unde este demonstrată neglijența sau rea intenția. Focalizarea unică asupra vinei individuale duce însă la neglijarea și neobservarea cauzelor din sistem și factorilor de risc, pierzând oportunitatea de a corecta și a învăța din situații concrete.

O abordare sistemică a tuturor acestor factori va permite determinarea și analiza factorilor disfuncționali organizaționali ce țin de procese, activitatea în echipă, management, constrângeri financiare sau alți factori, ce pot duce la accidente. Dezvoltarea culturii siguranței, discutarea riscurilor, dezvăluirea prin raportare a erorilor și învățarea din greșeli duc la identificarea și adoptarea sistemelor de siguranță în sănătate. În același timp, personalul dintr-o asemenea organizație sunt deplin responsabili pentru modul lor profesionist și etic de practică în relațiile cu ceilalți profesioniști și cu pacienții.

**Principii de bază privind siguranța pacientului**

Pentru a realiza servicii sigure pentru pacienți într-o USA, este nevoie a se împărtăși și accepta următoarele premise:

* în acordarea serviciilor medicale există riscuri de structură și procese ale serviciilor, care pot fi prevenite;
* există dorința exprimată a USA de a detecta și analiza erorile și riscurile pentru pacienți.

Principiile fundamentale care stau la baza siguranței pacientului sunt:

* prevenirea sau scăderea potențialului de apariție a erorilor;
* ameliorarea consecințelor EAAAM.

Siguranța se obține din interacțiunea componentelor sistemului, fiind mult mai mult decât identificarea erorilor prevenibile sau absența evenimentelor adverse. Procesul de identificare, analiză și management al riscurilor face furnizarea serviciilor de îngrijirile mai sigure și reduce riscul pentru pacienți.

Practic, mecanismele cele mai importante de intervenție sunt:

* dezvoltarea unei culturi a siguranței;
* investigarea și analizarea evenimentelor adverse și a sub-evenimentelor pentru învățare și corectare.

**Măsurarea siguranței pacienților**

**Indicatorii de siguranță a pacientului**

Reducerea erorilor medicale nu se poate realiza fără o bună cunoaștere a cauzelor și a naturii acestora. Una dintre metodele utilizate pentru cunoașterea gradului de risc, nivelului și tipurilor de erori este definirea și culegerea unor indicatori ai erorilor medicale. Indicatorii privind evenimentele adverse trebuie să fie relevanți pentru siguranța pacientului și să fie ușor de utilizat de către serviciile medicale.

Exemple de accidente care produc afectarea pacientului, cu o frecvență de apariție crescută și un impact sever, dar au potențial mare de îmbunătățire, pot fi:

* infecții asociate îngrijirilor medicale;
* evenimente adverse legate de medicamente;
* evenimente adverse legate de echipamente medicale;
* injecții nesigure;
* erori de diagnostic.

**Analiza retrospectivă a FOÎMD**

Este una dintre metodele cele mai utilizate, mai ales pentru determinarea inițială a nivelului de siguranță, atunci când nu sunt disponibile studii care pot furniza o multitudine de date clinice și evenimente legate de siguranță. Multe din studiile efectuate în ultimii zece ani din țări europene, au adoptat această tehnică. Datele sunt uneori incomplete, necesită timp și resurse pentru culegere și prelucrare, fiind bazate pe documente tipărite.

**Raportarea voluntară sau obligatorie**

Existența unui sistem computerizat național de raportare a EAAAM este o metodă din ce în ce mai folosită în toate țările, fiind recomandată de foruri naționale și internaționale. Se bazează pe auto-raportare a evenimentului de către furnizorul de servicii medicale. Informațiile culese astfel conțin date importante despre circumstanțe și contextul sistemului, însă unele evenimente pot rămâne neraportate.

Pentru a avea rezultate bune din raportarea EAAAM, este necesar a se dezvolta cultura siguranței, recunoașterea existenței și dezvăluirea EAAAM, dezvoltarea cunoștințelor tehnice pentru analiza cauzelor erorilor, emiterea recomandărilor, precum și un suport informatic adecvat, care să genereze rapoarte privind EAAAM.

**Utilizarea datelor din reclamații**

Acest tip de analiză poate fi relevantă, deoarece conține date clinice, caracteristicile pacientului și chiar date administrative și de context. Colectarea informațiilor se poate face electronic, astfel se pot indica false EAAAM-uri.

Identificarea soluțiilor de îmbunătățire a siguranței pacientului și implementarea lor sunt obiectivele finale, care duc la evitarea repetării erorilor. Acestea constau în utilizarea experiențelor altor grupuri / echipe, implicarea managementului USA, utilizarea rezultatelor cercetărilor etc.

**Siguranța** trebuie să fie o prioritate internă a furnizării serviciilor medicale, care depinde de:

* buna organizare a USA;
* infrastructura de care dispune;
* echipamentele din dotare;
* comportamente profesionale;
* relații interumane.

La nivel organizațional, este nevoie de sprijinul profesioniștilor pentru implementarea măsurilor de siguranță a pacientului. Profesioniștii din cadrul USA sunt cei care determină, creează și implementează modele de bună practică, propagă soluțiile. Promovarea îmbunătățirii practicilor de siguranță este adoptată mai ușor dacă este stimulată apariția unei inițiative proprii sau venită din interiorul grupurilor de medici prescriptori recunoscuți, mai degrabă decât impunerea din exterior. Profesioniștii identifică riscurile existente în raport cu furnizarea serviciilor de sănătate.

Acestea pot fi:

* **Riscul clinic voluntar** – atunci când medicul își asumă efectuarea unei intervenții, cu un risc cunoscut, cu scopul de a crește performanța tratamentului (ex.: decizia de a utiliza un protocol mai agresiv pentru pacientul oncologic, pentru a crește șansele de recuperare, dar cu cele mai multe efecte adverse cunoscute);
* **Riscul involuntar** - este expunerea la riscuri care apar ca urmare a unor erori sau la riscuri necunoscute, despre care nu există informații (ex.: dozarea eronată a unui medicament, transmiterea eronată a unei informații medicale sau efecte adverse la un medicament, care nu erau semnalate până la data respectivă).

**Riscurile acceptabile** sunt riscurile asumate și **riscurile reziduale** sau riscurile rămase după ce s-au luat toate măsurile de diminuare și care devin acceptabile.

Acceptabilitatea riscurilor în sănătate implică luarea în considerare a acestor aspecte a nivelului de acceptabilitate: de către societate, de către profesioniști, de către pacienți.

Asumarea riscurilor este inseparabilă de activitatea umană. În domeniul sănătății este esențială cunoașterea riscului, conștientizarea și asumarea acestuia. Ignorarea sau neasumarea riscurilor de către cel care oferă servicii de sănătate (USA și profesioniștii) conduce la creșterea riscurilor pentru pacient. Gestionarea riscurilor clinice are drept scop echilibrarea raportului dintre beneficii și prejudicii pentru a reduce riscul la un nivel acceptabil.

Sistemele de sănătate din majoritatea țărilor fac eforturi să dezvolte sisteme de îmbunătățire a siguranței pacienților, prin:

* studierea evenimentelor adverse ce au avut loc în diferite servicii medicale;
* evaluarea riscurilor potențiale asociate asistenței medicale;
* dezvoltarea unei culturi a siguranței;
* dezvoltarea unor programe de instruire pentru creșterea nivelului de siguranță a serviciilor;
* crearea unui cadru național de politici de siguranță a pacienților în cadrul sistemului sanitar
* investigarea și analizarea evenimentelor adverse și a sub-evenimentelor pentru învățare și corectare.

Pentru a realiza servicii sigure pacienților din fiecare US și la domiciliul pacientului, este nevoie a se împărtăși și accepta următoarele premise:

* în acordarea serviciilor medicale exista riscuri de structura și procese ale serviciilor, care pot fi prevenite;
* exista dorința exprimată a organizației de a detecta și analiza erorile și riscurile pentru pacienți.

**Direcțiile de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului sunt:

* identificarea riscurilor clinice;
* eliminarea/diminuarea riscurilor clinice inacceptabile;
* prevenirea riscurilor acceptabile a căror asumare este necesară pentru protecția pacientului;
* învățarea din erori.

Recunoașterea greșelilor, cu concentrarea atenției pe etapele proceselor în care s-au produs erorile, a cauzelor care au determinat erorile, precum și a măsurilor care pot fi luate pentru evitarea repetării acestora, reprezintă modalitatea prin care experiența devine mecanism de învățare din erori.

Identificarea riscurilor urmărește obținerea unui maxim de siguranță pentru pacient, se realizează în urma evaluării gradului de risc, în funcție de probabilitatea de apariție și de impactul consecințelor. Tratarea riscurilor se poate face prin adoptarea de protocoale și proceduri care fac parte din măsurile menite să prevină sau să limiteze apariția acestora.

***2.6.1. Criteriu - Unitatea sanitară are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice***

**Scopul** criteriului este ca unitățile sanitare să acorde îngrijire specializată, adecvată, conform bunelor practici, pacienților considerați cu risc înalt, printr-o evaluare adecvată a acestora și prin furnizarea serviciilor de sănătate.

Managementul **riscurilor** clinice cuprinde:

* identificarea riscului clinic;
* eliminarea / diminuarea riscului clinic până la un nivel acceptabil, dacă este rezonabil posibil;
* analizarea pericolului dacă acesta nu poate fi eliminat şi evaluarea riscului;
* luarea de măsuri pentru a limita consecințele;
* supravegherea riscurilor.

Evaluarea riscurilor clinice are în vedere fiecare activitate medicală şi fiecare post din USA luând în considerare fiecare componentă a serviciului de sănătate furnizat.

Evaluarea riscurilor clinice se realizează cel puțin anual. La identificarea și analiza periodică a riscurilor clinice se recomandă luarea în considerare a evenimentelor adverse, near-miss și a evenimentelor santinelă petrecute în acordarea serviciilor de sănătate. Acest tip de abordare servește la îmbunătățirea continuă a condițiilor și a siguranței serviciilor oferite.

Conceptul de siguranță a pacientului, ca element de cultură organizațională, depinde în mare măsură de comportamentul profesioniștilor față de riscuri și de managementul riscului adoptat.

Comportamentul raportat la riscuri, se poate încadra în următoarele tipologii:

* erori umane;
* comportament la risc;
* comportament nesăbuit.

**Managementul EAAAM**

**Identificarea EAAAM**

* Identificare PROSPECTIVĂ
* Evaluarea gradului de risc.
* Adoptarea de măsuri pentru: reducerea probabilității de apariție, limitarea gravității, tratarea consecințelor EAAM.
* Identificare RETROSPECTIVĂ
* periodică – utilizarea IHI Global Trigger Tool (instrument de utilizare a indicatorilor / declanșatori de alarmare pentru identificarea evenimentelor adverse).
* la producerea unui eveniment.

**Raportarea EAAAM**

* Raportarea EAAAM în cadrul organizației
* stabilirea schemei (fluxului de raportare, responsabilități).
* întocmirea raportului de analiză a EAAAM.
* reglementarea raportării interne a EAAAM și a raportului de analiză a EAAAM.
* Raportarea externă a EAAAM - Înregistrarea EAAAM în Registrul Național al EAAAM
* realizată de RMC – raportarea EAAAM.
* realizată de medic - raportul de analiză a EAAAM.
* realizată de medic împreună cu RMC sau de RMC pe baza formularului completat împreună cu medicul **-** raportul de analiză a EAAAM.

***2.6.1.1. Cerință - Sunt identificate, documentate și evaluate periodic riscurile clinice***

Siguranța pacientului este legată de calitatea serviciilor de sănătate furnizate, iar pentru aceasta este nevoie de a împărtăși și de a accepta că în acordarea de servicii medicale există riscuri de structură și procese care pot fi prevenite.

Identificarea riscurilor clinice și documentarea lor, ca ~~și~~ parte componentă a Registrului riscurilor, precum și analiza periodică a acestora, inclusiv a modalităților de tratare, trebuie să se analizeze la nivelul fiecărei USA, cu participarea RMC alături de personalul medical.

Obiectivele sunt:

* identificarea riscurilor clinice și a modalității de rezolvare a acestora;
* consemnarea potențialelor riscuri în Registrul riscurilor la nivelul USA;
* periodic se actualizează Registrul riscurilor, în funcție de modificările apărute;
* identificarea categoriilor de pacienți cu risc clinic și a modalității de prevenire a evenimentelor adverse asociate acelui risc;
* măsuri pentru evitarea și / sau diminuarea riscurilor.

***2.6.1.2. Cerință - Sunt aplicate metode de diminuare a riscurilor clinice identificate și metodele sunt evaluate periodic***

USA are stabilite modalități pentru identificarea categoriilor de pacienți cu risc clinic și de prevenire a evenimentelor adverse asociate riscului specific, precum și reglementări privind evitarea și / sau diminuarea riscurilor, pe care le implementează la nivelul întregii organizații.

***2.6.2. Criteriu - Unitatea sanitară urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație***

Scopul cerinței este de sprijinire a USA, în structurarea și punerea în aplicare a monitorizării medicamentelor, pentru prevenirea accidentelor asociate prescripției / administrării medicației pacientului.

Utilizarea incorectă (ca doză, frecvență, concentrație, asociere la administrare, etc) a unor medicamente, poate determina apariția unor evenimente adverse extrem de periculoase pentru pacienți. În FOÎMD, se consemnează istoricul medicației acestuia, precum și potențialul alergic la unele medicamente pe care acesta îl poate manifesta.

Managementul medicamentelor cuprinde restrângerea accesului personalului non-medical, depozitarea corectă, prescrierea, manipularea, administrarea, supravegherea etc.

***2.6.2.1. Cerință - Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului atenționează și contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate, precum și la continuitatea tratamentelor în curs***

Înregistrarea datelor referitoare la medicația pacienților, atât cea personală cât și cea prescrisă de medici, asocierile medicamentoase incompatibile sau nerecomandate, continuitatea medicației, precum și modul de comunicare a acestor informații este reglementat și se stabilește pentru evitarea erorilor:

* personalul este instruit în privința gestionării apariției unor riscuri legate de medicația pacientului;
* informarea pacientului cu privire la riscurile medicației prescrise sau a asocierilor nepermise de administrare;
* identificarea riscurilor clinice legate de medicație și a modalității de rezolvare a acestora;
* consemnarea administrării medicației, indiferent de recomandare sau proveniența acesteia în FOÎMD.

***2.6.2.2. Cerință - Personalul medical este instruit anual referitor la riscurile legate de medicație și măsurile pentru prevenirea acestora***

Scopul acestei cerințe este de înțelegere a necesității de instruire odată sau de mai multe ori pe an a personalului, pentru evitarea erorilor legate de administrarea medicamentelor, atât la manipulare cât și în caz de administrare eronată, sau a celor care, datorită modurilor de prezentare asemănătoare, pot genera confuzii.

Identificarea riscurilor clinice legate de medicație, măsurilor de rezolvare a acestora, informarea pacientului/aparținătorilor cu privire la riscurile medicației prescrise sau a asocierilor incompatibile/nepermise de administrare sunt activități procedurate, cunoscute de tot personalul.

***2.6.3. Criteriu - Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea și siguranța managementului cazului***

Apariția unor evenimente adverse se datorează deficitului de comunicare și claritate a transferului de responsabilitate și informații esențiale între specialiștii care îngrijesc pacientul, la primirea-predarea pacientului, externarea sa la domiciliu sau transferul către o altă US.

Scopul este sprijinirea unităților sanitare, în structurarea și punerea în aplicare a unor măsuri care să crească siguranța pacientului în aceste situații.

***2.6.3.1. Cerință - Unitatea sanitară utilizează un sistem de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de managementul cazului***

Evitarea iatrogeniei de comunicare, impune stabilirea unor reglementări/modalități de predarea-preluarea a datelor referitoare la pacient, a responsabilităților cu privire la acesta, dar și stabilirea datelor minime care trebuie comunicate la predarea-primirea pacientului și a condițiilor de predare-primire pentru situațiile identificate.

***2.6.3.2. Cerință - Personalul medical este instruit pentru utilizarea sistemului de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de managementul cazului***

Monitorizarea și analiza permanentă a respectării modalităților stabilite de predare-preluare a datelor referitoare la pacient, precum și a responsabilităților, se face prin instruire periodică și proceduri interne ale USA.

Modalitatea de transfer se realizează prin analiza înscrisurilor și a eventualelor evenimente adverse apărute.

***2.6.4. Criteriu - Sunt identificate cauzele generatoare de vătămări corporale prin cădere / lovire***

Scopul criteriului este orientarea USA pentru identificarea pacienților cu risc clinic de cădere/lovire, a măsurilor de evitare a acestor riscuri și a instrumentelor de monitorizare a acestor pacienți.

Căderile pacienților, sunt printre cele mai frecvente evenimente adverse cu consecințe importante asupra acestora, determinând complicații, infirmități, prelungirea duratei de tratament sau chiar moartea.

***2.6.4.1. Cerință - Se identifică pacienții cu risc de cădere și se recomandă măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor***

Riscul clinic de cădere, reprezintă una din cele mai frecvente cauze de evenimente adverse asociate asistenței medicale care trebuie identificate din momentul apariției.

Pentru diminuarea și prevenirea acestuia, se recomandă ca procedurile/protocoalele de identificare și prevenire a riscurilor de cădere și vătămare a pacienților, care datorită patologiei sau a tratamentului primit prezintă risc de cădere, trebuie cunoscute de personalul medical.

La evaluarea inițială a pacientului, medicul angajat al USA înregistrează factorii de risc care pot favoriza căderile, prin stabilirea scalelor de evaluare a riscului de cădere și vătămare, împreună cu metodele de prevenire.

***2.6.4.2. Cerință - Informarea și educarea pacientului / aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere***

Riscul clinic de cădere, reprezintă una din cele mai frecvente cauze de evenimente adverse asociate asistenței medicale care trebuie identificate din momentul apariției.

Pentru diminuarea și prevenirea acestuia, se recomandă ca procedurile/protocoalele de identificare și prevenire a riscurilor de cădere și vătămare a pacienților, care datorită patologiei sau a tratamentului primit prezintă risc de cădere, trebuie cunoscute de personalul medical.

La evaluarea inițială a pacientului, medicul angajat al USA înregistrează factorii de risc care pot favoriza căderile, prin stabilirea scalelor de evaluare a riscului de cădere și vătămare, împreună cu metodele de prevenire.

În scopul diminuării incidenței căderilor și a consecințelor acestora trebuie respectate următoarele:

* identificarea pacienților care datorită patologiei sau a tratamentului primit, prezintă risc de cădere, cu evaluarea și reevaluarea riscului de cădere;
* stabilirea și implementarea măsurilor de prevenire a căderilor;
* instituirea unor măsuri de urgență pentru pacienții care au suferit căderi;
* realizarea pe baza unei evaluări anuale a evenimentelor înregistrate și tratate;
* asigurarea instrumentelor necesare transferului de informații între personalul medical responsabil, în ceea ce privește managementul riscului de cădere;
* educarea și informarea pacienților, aparținătorilor în ceea ce privește prevenirea căderilor și a riscului de vătămare;
* consemnarea riscului de cădere în FOÎMD.

***9.4.7. Standard 2.7. - Încetarea furnizării de servicii se organizează specific***

**Scopul** acestui standard este de a determina personalul medical să stabilească criteriile de încetare a furnizării serviciilor, în funcție de starea de sănătate a pacientului.

Decizia încetării serviciilor prestate, este luată împreună cu pacientul/aparținătorii.

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă ținând seama de starea de sănătate a pacientului și de statusul de performanță ECOG, care descrie nivelul funcționalității pacientului în ceea ce privește capacitatea de a avea grijă de sine, activitatea zilnică și capacitatea fizică a acestuia.

Încetarea acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este reglementată în funcție de sursa decontării (ex. CAS, sursă privată) și se poate realiza în caz de:

* deces al pacientului;
* depășirea a 90 de zile îngrijiri medicale la domiciliu în ultimele 11 luni (se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijiri);
* la solicitarea pacientului sau aparținătorilor;
* starea de sănătate a pacientului nu mai justifica nevoia de îngrijiri medicale la domiciliu;
* lipsa colaborării pacientului sau familiei acestuia;
* în condițiile agresării verbale sau fizice a unui membru al echipei de îngrijire de către pacient sau aparținător.

***2.7.1. Criteriu - Unitatea sanitară abordează corespunzător starea terminală și decesul***

Personalul medical adoptă o conduită unitară cu privire la managementul pacientului aflat în stare terminală dar și a decesului survenit în timpul furnizării serviciilor de îngrijiri medicale, caz în care se impune încetarea furnizării de servicii.

Pentru evaluarea stării terminale sunt utilizate scoruri de identificare și evaluare clinică a stării terminale, care măsoară intensitatea simptomelor des întâlnite:

1. durerea;
2. dispneea;
3. greața și vărsăturile;
4. constipația;
5. delirul și agitația;

Managementul pacientului aflat în stare terminală cuprinde:

* modalitatea de îngrijire a pacientului terminal;
* comunicarea cu pacientul terminal;
* comunicarea cu aparținătorii în perioada terminală;
* evaluarea familiei cu privire la nevoia de servicii de suport din perioada de doliu.

***2.7.1.1. Cerință - Personalul medical oferă confort pacientului și sprijin familiei / aparținătorilor pe parcursul stării terminale a pacientului***

Identificarea și consemnarea stării terminale a pacientului este consemnata în FOÎMD.

Sunt respectate opțiunile exprimate și consemnate în documentele medicale, ale pacientului cu privire la comunicarea informațiilor referitoare la starea terminală.

Stabilirea modalității de abordare a pacientului în stare terminală la nivelul USA se face în funcție de particularitățile sociale, psiho-emoționale și culturale.

***2.7.1.2. Cerință - Decesul în timpul acordării îngrijirilor medicale la domiciliu este abordat specific***

Familia, aparținătorii, reprezentantul legal, tutorele sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența sau de survenirea decesului.

USA are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului, în timpul acordării îngrijirilor medicale la domiciliu. Decesul pacientului este consemnat și detaliat în FOÎMD.

***2.7.2. Criteriu - Unitatea sanitară asigură condițiile necesare pentru transfer în vederea continuării îngrijirilor medicale, când este necesar***

Decizia referitoare la transferul pacientului în vederea continuării îngrijirilor medicale este luată de către persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului, sau de către pacient, aparținători, reprezentant legal sau tutore.

Se procedează la consemnarea în FOÎMD, în baza căruia se organizează planul de transfer al pacientului și în care se impune încetarea furnizării de servicii.

Transferul pacientului este efectuat atunci când asistența medicală depășește nivelul de competență a USA, în cazul în care exista necesitatea continuării îngrijirilor medicale într-un spital de cronici/acuți sau în cazul în care este solicitat de către pacient/aparținători.

***2.7.2.1. Cerință - Unitatea sanitară a reglementat transferul pacientului***

USA deține o procedură sau un protocol, prin care este reglementat transferul sau referirea cazului către altă US, în vederea continuării îngrijirilor medicale atunci când este necesar.

Pacientul și familia sa sunt informați de către USA despre motivul transferării, pentru continuarea tratamentului administrat, despre metodele alternative de tratament care sunt necesare conform necesităților pacientului, de imposibilitatea continuării îngrijirilor medicale și de încetare a furnizării de servicii.

La transferul pacientului în scopul asigurării continuității tratamentului, USA se asigura că FOÎMD este completată corespunzător și că aceste informații ajung și la US care preia pacientul.

***2.7.2.2. Cerință - Unitatea sanitară colaborează cu alte unități sanitare similare ca activitate pentru transferul pacientului, când este necesar***

Transferul în altă US cu profil similar sau cu un profil specific conform necesitaților de îngrijire, se face prin contracte sau prin protocoale de transfer între cele două unități sanitare.

În scopul asigurării continuității îngrijirilor pacientului în instituția medicală unde urmează să fie transferat, se pregătește fișa medicală a pacientului. Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită prin contract sau prin protocol de transfer. Modul de transfer al informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează. Toate acestea sunt reglementate într-o procedură internă a USA, procedură care trebuie cunoscută de către personalul implicat și care este revizuită la anumite intervale de timp.

Transferul pacientului între cele două US, respectă condițiile de prevenire a contaminării și pentru a evita apariția unor evenimente adverse.

***9.4.8. Standard 2.8. - Auditul clinic evaluează eficacitatea și eficiența îngrijirilor medicale la domiciliu acordate pacientului***

**Scopul** acestui standard este de a orienta US și decidenții, către evidențierea și urmărirea rezultatelor obținute și a resurselor utilizate ca urmare a asistenței medicale acordate.

**Direcția de acțiune** pentru atingerea / îndeplinirea standardului este implementarea auditului clinic în cadrul US.

Auditul clinic este o metodă de evaluare care permite utilizarea unor criterii specifice pentru a compara practicile de asistență medicală cu un referențial de bună practică, având ca scop măsurarea calității acestor practici și rezultatele îngrijirii, în vederea îmbunătățirii activității medicale.

Este un proces de îmbunătățire a calității prin evaluare periodică și sistematică a activității medicale. Prin evaluare se stabilește măsura în care îngrijirile acordate pacientului corespund unor condiții prestabilite (standarde, norme) cu scopul de a obține rezultate mai bune.

Auditul clinic:

* evaluează periodic practica curentă;
* stabilește nevoia de intervenții (ce și unde), de schimbare a practicii medicale (protocoale, proceduri);
* evaluează gradul de îmbunătățire obținut.

Exemplu de îmbunătățire a activității medicale în urma implementării protocoalelor de îngrijire:

* creșterea numărului de cazuri vindecate / ameliorate;
* creșterea speranței de viață a pacienților;
* creșterea calității vieții pacienților;
* scăderea numărului de complicații

***2.8.1. Criteriu - Analiza calității îngrijirilor medicale la domiciliu acordate pacientului se face prin audit clinic / autoevaluare***

Auditul clinic reprezintă o metodă de îmbunătățire a calității îngrijirilor medicale, care implică evaluarea continuă/ ciclică a practicilor, prin măsurarea diferenței dintre practica curentă (observată) și practica recomandată/recunoscută, cu ajutorul indicatorilor/criteriilor de evaluare și creează cadrul necesar îmbunătățirii activității medicale.

Prin compararea practicilor curente cu reglementările de bună practică (standarde/ ghiduri/ protocoale), auditurile clinice pot informa atât personalul US cât și părțile interesate, despre elementele esențiale ale calității precum și despre punctele slabe ale serviciilor de sănătate.

Auditul clinic ajuta la stabilirea nivelului de competență a USA, dat de:

* resursa umană;
* experiența echipei;
* existența resurselor necesare și existența protocoalelor și a procedurilor.

***2.8.1.1. Cerință - Activitatea de audit clinic intern / autoevaluare este planificată***

Implementarea protocoalelor, a reglementarilor proceselor desfășurate în USA, a conceptului de autoevaluare a practicii profesionale prin audit clinic intern, duce la optimizarea procesului decizional și îmbunătățirea eficacității și eficienței proceselor din întreaga organizație.

Pentru că auditul clinic este cel mai complex instrument de analiză retrospectivă a activității USA, este necesar ca la nivel organizațional să existe o planificare anuală a unui audit clinic intern, reglementat prin documente interne ale USA.

Rezultatele autoevaluării, pot fi utilizate la analizele managementului, la îmbunătățirea continuă a proceselor desfășurate la nivelul USA și implicit, a sistemului de management al calității.

***2.8.1.2. Cerință - Activitatea de audit clinic / autoevaluările suplimentare sunt solicitate de administratorul unității sanitare atunci când apar evenimente indezirabile***

În cazul în care se produc evenimente indezirabile, managementul US poate solicita declanșarea unei misiuni de audit clinic (intern sau extern) și rezultatele acesteia sunt aduse la cunoștința personalului USA, precum și măsurile propuse a fi luate.

***2.8.2. Criteriu - Îmbunătățirea activității medicale se face utilizând rezultatele auditării clinice / autoevaluării***

Îmbunătățirea activității medicale este unul din principiile cheie ale managementului calității și aceasta se face utilizând printre altele și rezultatele auditurilor clinice și a autoevaluărilor USA.

***2.8.2.1. Cerință - Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității medicale***

Rezultatul auditului clinic se materializează printr-un Raport de audit clinic și trebuie să cuprindă recomandări și propuneri a căror implementare să ducă la îmbunătățirea calității activității medicale, creșterea siguranței pacienților și personalului și creșterea eficacității și eficienței proceselor auditate.

Managementul USA implementează măsurile de îmbunătățire propuse în urma misiunilor de audit clinic.

***2.8.2.2. Cerință - Rezultatele rapoartelor de evaluare periodică a reglementărilor privind managementul clinic sunt utilizate în auditul clinic / autoevaluare***

USA urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice. În procesul de revizuire a procedurilor și protocoalelor clinice, managementul USA sau echipa responsabilă trebuie să țină cont propunerile și de planul de măsuri rezultat în urma misiunilor de audit clinic.

SMC se asigură că măsurile rezultate în urma misiunii de audit sunt implementate și activitățile din planul de măsuri întocmit ca urmare a misiunii de audit clinic sunt monitorizate.

***9.5.* *REFERINTA 3 - ETICA MEDICALĂ ȘI DREPTURILE PACIENTULUI***

**Scopul** acestei referințe este de a determina USA să stabilească condițiile de desfășurare a activității astfel încât să permită atingerea țintelor calitative impuse actului medical, cu respectarea drepturilor pacienților, protejarea acestora împotriva erorilor profesionale, dar și protejarea corpului medical și a USA în fața riscului atragerii răspunderii civile, ținând cont de etică și deontologie profesională.

**Direcțiile de acțiune** ale referinței sunt:

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

Cercetări efectuate relativ recent[[2]](#footnote-2) în România au arătat ca reglementările legale aplicabile practicii medicale nu sunt cunoscute și respectate în totalitate de către personalul medical, fiind identificate 7 domenii majore de vulnerabilitate în domenii precum:

* consimțământul informat;
* respectarea confidențialității datelor medicale;
* accesul pacienților la informațiile medicale personale;
* accesul pacienților la tratament – (exemplu: discriminarea);
* dreptul pacientului la a doua opinie medicală;
* accesul media;
* limitarea profesioniștilor la propria specialitate.

Consecințele directe sunt reprezentate de:

* riscul producerii de prejudicii pacienților;
* ieșirea din cadrul de protecție al asigurării de malpraxis și afectarea directă a calității serviciilor medicale oferite pacienților și a siguranței acestora prin nerespectarea unora dintre drepturile conferite prin lege.

Necunoașterea reglementărilor legale nu înlătură însă atragerea răspunderii medicului / personalului angajat / furnizorului de servicii de IMD.

**Rolul legislației medicale în contextul managementului calității**

Dacă ne raportăm la componenta tehnico/științifică a calității[[3]](#footnote-3) îngrijirilor medicale, este imperativă respectarea normelor legale aplicabile practicii medicale, la nivel individual (personal medical) și instituțional. Nerespectarea acestora atrage răspunderea juridică civilă, cu posibile pierderi financiare semnificative, alături de cele de imagine și reputație.

Atragerea răspunderi juridice civile a personalului medical are în vedere cauze atât în componența tehnico/științifică a practicii medicale, cât și în cea etica. Legea precizează foarte clar această situație: personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse din „eroare, care includ și neglijența, imprudența sau cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiunii, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenție, diagnostic sau tratament”[[4]](#footnote-4), dar și pentru nerespectarea principiilor etice aplicabile activității medicale (“personalul medical răspunde civil și pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor prezentului titlu privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale”[[5]](#footnote-5) ).

Din perspectiva componentei interpersonale a calității, respectarea reglementărilor legale referitoare la drepturile pacienților este cu atât mai importantă cu cât poate fi percepută direct de către aceștia.

Pacienții nu au neapărat cunoștințele necesare evaluării competenței tehnice/științifice a actului medical, dar știu cum se simt, cum au fost tratați și dacă li s-au respectat drepturile, valorile morale proprii.

Standardele țin cont de următoarele principii :

* demnitatea umană și drepturile omului;
* beneficiu și daună;
* responsabilitate individuală;
* consimțământ;
* persoane fără capacitatea de a consimți;
* respect pentru vulnerabilitatea umană și integritatea personală;
* intimitate și confidențialitate;
* egalitate, dreptate și echitate;
* nediscriminare și non-stigmatizare;
* respect pentru diversitate culturală și pluralism;
* solidaritate și cooperare;
* responsabilitate socială și sănătate;
* împărțirea beneficiilor.

Câteva precizări sunt necesare pentru a înțelege filosofia construirii standardelor:

O limitare a drepturilor și valorilor pacienților, o reprezintă egalitatea de șanse în accesul la sistemul de sănătate și distribuirea resurselor. Implicațiile financiare ale acordării îngrijirilor de sănătate, precum și ale accesării lor de către pacienți, a deschis un alt set de probleme morale, toate legate de dreptate, dreptul de a avea îngrijiri medicale și o distribuție corectă a resurselor.

Îndatorirea cadrelor medicale este exprimată prin principiul „să nu faci rău”. Echilibrul între beneficii și riscuri este esențial pentru a determina momentele în care diverse procedee sunt benefice și când nu.

Datoria morală este nu doar să nu facem rău altora, ci și să-i ajutăm și să le aducem beneficii din perspectiva îngrijirilor de sănătate. Acest lucru este important în special pentru profesioniștii din sistemul de sănătate, din moment ce scopul lor este să facă tot ce pot pentru oamenii care au nevoi de îngrijiri medicale. Acesta a fost întotdeauna cel mai important principiu al eticii medicale, dar astăzi nu doar profesioniștii din sănătate, ci și pacienții pot determina ce este benefic și ce nu pentru ei.

În totalitate, standardele și cerințele etice se raportează la cele două documente programatice internaționale:

Art. 1 din Declarația Universală a Drepturilor Omului (1848), „toți oamenii se nasc liberi și egali în demnitate și în drepturi.” Declarația stabilește drepturile omului, (cum ar fi libertatea de represiune, libertatea de exprimare și asociere) și demnitatea inerentă a fiecărui om.

Convenția Europeană a Drepturilor Omului și Biomedicina, în Articolul 1, declară protejarea demnității și identității tuturor oamenilor și garantează fiecăruia, fără discriminare, respect pentru integritatea lor și alte drepturi și libertăți fundamentale, legate de aplicarea biologiei și medicinei, ca scop principal.

Standardele privind etica și drepturile pacientului asigură respectarea demnității şi autonomia pacientului, obligând furnizorul de servicii medicale să construiască mecanisme de protecție şi de implementare a principiilor bioeticii.

***9.5.1. Standard 3.1. - Unitatea sanitară promovează respectul pentru autonomia pacientului***

**Scopul** acestui standard este de a implica managementul USA în dezvoltarea culturii organizaționale având și o dimensiune etică, creând un cadru organizatoric care să asigure formarea personalului în acest domeniu având în vedere și evaluarea, din punct de vedere etic a deciziilor și atitudinilor managementului și a practicienilor.

Prin îndeplinirea acestui standard se obține asigurarea conformității practicii medicale cu normele etice și legale în care se aplică consimțământului informat (CI) și confidențialitatea datelor medicale ale pacientului prin dezvoltarea în cultura organizațională a dimensiunii etice a activității fiecărui angajat, prin:

* identificarea problemelor etice din medicină;
* aducerea de justificări raționale pentru deciziile etice;
* aplicarea principiilor etice ale Declarației universale privind bioetica și drepturile omului;
* dezvoltarea capacității de a diferenția o problemă etică de alte probleme;
* dezvoltarea capacității de a raționa în legătură cu problemele etice;
* prevederea de măsuri pentru conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale care se aplică.

**Direcțiile de acțiune** ale standardului sunt:

* profesioniștii să fie capabili să identifice problemele etice din medicină;
* profesioniștii să poată aduce justificări raționale pentru deciziile etice;
* profesioniștii să fie capabili să aplice principiile etice ale Declarației universale privind bioetica ṣi drepturile omului, precum și Legea 46/2003 privind Drepturile pacientului cu modificările și completările ulterioare;
* profesioniștii să poată diferenția o problemă etică de alte probleme;
* profesioniștii să fie în măsură să raționeze în legătură cu problemele etice.

***3.1.1. Criteriu - Unitatea sanitară are în vedere obținerea consimțământului informat, în conformitate cu normele etice și legale în vigoare la momentul evaluării, pentru manevrele medicale efectuate***

Consimțământul informat scris este o autorizare ce simbolizează implicarea pacientului în relațiile cu USA, care vor determina obligații reciproce, atât legale, cât și morale din partea ambelor părți, determinând forma și nivelul responsabilităților.

Existența consimțământului informat nu eliberează medicul / personalul medical, de responsabilitatea pentru greșeala și culpă.

Pentru a exprima consimțământul informat, pacientul trebuie să fie capabil să gândească în mod clar și cu discernământ. Consimțământul informat al pacientului incapabil de discernământ este dat de reprezentantul său legal.

Prevederile cu referire la colectarea consimțământului informat cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului sau a refuzului benevol la intervenția medicală sunt:

* condiția obligatorie premergătoare intervenției medicale este consimțământul informat al pacientului, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;
* consimțământul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu, informația expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, cu privire la scopul, efectul scontat, metodele de diagnosticare și tratament, riscul potențial legat de posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice, după caz;
* pacientul sau reprezentantul său legal au dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a cere încetarea ei în orice etapă, cu asumarea responsabilității pentru o astfel de decizie;
* în cazul refuzului de a semna consimțământul informat pentru o intervenție medicală, pacientului i se explică într-o formă accesibilă acestuia, consecințele care pot apare ca urmare a refuzului. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile și se semnează în mod obligatoriu, de către pacient sau reprezentantul său legal;
* este obligatoriu consimțământul informat, asumat prin semnătura pacientului pentru recoltarea, păstrarea și folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său;
* consimțământul informat al pacientului este necesar în cazul în care aceste produse biologice se folosesc în scopul stabilirii diagnosticului. USA la rândul său, își asumă în scris responsabilitatea de a păstra, utiliza și distruge produsele biologice prelevate din corpul pacientului;
* consimțământul este valid doar dacă pacientul este lucid și are discernământ, fiind capabil să reproducă corect informația privind starea sănătății sale.

***3.1.1.1. Cerință - Unitatea sanitară reglementează obținerea consimțământului informat***

Consimțământul informat este confirmarea legală a implicării conștiente a pacientului în actul medical de care beneficiază și este etapă obligatorie a serviciului oferit de USA.

USA stabilește și:

* modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora (în special pentru pacienții aflați în stare de inconștiență, fără aparținători, pacienți fără discernământ, pacienți psihiatrici, etc.);
* modalitatea de implicare a pacientului în procesul de învățământ medical în care se face pregătirea educaționala a cadrelor medicale în sistemul de învățământ medical.

Personalul medical are obligația prevăzută legal de a obține consimțământul informat al pacientului, în formă scrisă și semnat, înainte de a efectua o investigație sau procedură medicală, acest aspect fiind reglementat în conținutul Regulamentului de Organizare și Funcționare al USA / Regulamentului intern și Fișele de post.

Obținerea consimțământul informat al pacientului de către personalul medical al USA conform asumării documentelor interne se referă la mai multe aspecte:

* consimțământul informat va fi dat după informarea pacientului asupra diagnosticului, prognosticului, alternativelor terapeutice, cu riscurile şi beneficiile acestora;
* consimțământul informat pentru fiecare tip de investigație, procedură sau tratament;
* limba în care este formulat consimțământul informat;
* definirea posibilelor impedimente în obținerea consimțământului informat;
* instruirea personalului medical cu privire la modalitatea optimă, adecvată, de informare a pacientului și obținere a consimțământului informat;
* implementarea de măsuri pentru diminuarea dificultăților în obținerea consimțământul informat.

***3.1.1.2. Cerință - Identificarea vulnerabilităților și combaterea lor în procesul obținerii consimțământului informat al pacientului este o preocupare constantă a personalului medical***

Identificarea vulnerabilităților pentru informarea adecvată, adaptată pacientului, și obținerea consimțământului informat este necesară pentru implicarea pacientului în deciziile medicale. Pentru aceasta se recomandă:

* definirea posibilelor impedimente în obținerea consimțământului informat;
* instruirea personalului cu privire la modalitatea optimă, adecvată, de informare a pacientului și obținere a consimțământului informat.

Monitorizarea constantă a procesului de obținere a consimțământului informat și luarea promptă de măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, îmbunătățește bună informare, participarea la actul medical, satisfacția și siguranța pacientului.

USA monitorizează și implementarea măsurilor pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate în obținerea consimțământului informat.

USA identifică posibile vulnerabilități la obținerea consimțământului informat și astfel informarea pacientului trebuie să fie adecvată și adaptată.

***3.1.2. Criteriu - Unitatea sanitară prevede măsuri pentru a asigura conformitatea practicii medicale cu normele etice și legale și reglementează confidențialitatea datelor medicale ale pacientului***

USA utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității informațiilor și verifică respectarea acestora de către personalul medical.

Relația dintre pacient și medic / personalul medical, se bazează în totalitate pe respect reciproc, inclusiv prin asigurarea de către personalul medical a confidențialității referitoare la starea de sănătate a pacientului și la datele sale medicale.

Pentru asigurarea confidențialității este necesară:

* instruirea personalului medical referitor la reglementarea adoptată de USA pentru asigurarea confidențialității datelor medicale, situațiile și condițiile în care aceste date sunt accesibile pacienților / aparținătorilor / terților;
* consemnarea opțiunii pacientului referitor la comunicarea datelor sale medicale către terți;
* reglementarea prin care pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
* reglementarea prin care pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către personalul medical i-ar cauza suferință;
* reglementarea accesului la baza de date privind pacienții și utilizarea acesteia în scop de cercetare, studii, analize, documentare;
* identificarea și analizarea vulnerabilităților în situațiile de nerespectare a confidențialității datelor medicale ale pacientului;
* implementarea măsurilor pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate în situațiile de nerespectare a confidențialității datelor medicale ale pacientului.

Operatorii de date cu caracter personal și terții care au acces la datele cu caracter personal, sunt obligați să asigure confidențialitatea datelor medicale ale pacientului, cu excepția cazurilor când prelucrarea se referă la date făcute publice în mod voluntar și manifest de către subiectul datelor cu caracter personal, când datele cu caracter personal au fost depersonalizate.

Ceea ce contează în mod special este să se acționeze întotdeauna etic și în serviciul pacientului, respectând demnitatea, dreptul la intimitate și la viață privată, respectând legislația atunci când viața cuiva poate fi în pericol.

Sunt considerate încălcări ale dreptului la confidențialitate nu numai cazurile în care personalul medical a furnizat informații, ci și atunci când personalul medical în mod pasiv, prin neglijență sau neatenție, a permis transferul unor asemenea informații către terțe părți.

USA este obligată să asigure inviolabilitatea datelor referitoare la pacienți, indiferent de modul în care sunt stocate sau păstrate.

***3.1.2.1. Cerință - Respectarea demnității pacientului este asigurată***

Îngrijirile la domiciliu sunt adaptate nevoilor speciale ale pacientului, respectând intimitatea și demnitatea acestuia, convingerile sale spirituale/culturale, personalul USA acționând întotdeauna etic și în serviciul pacientului.

Respectarea opțiunilor pacientului aflat în stare critică/fază terminală, țin cont de particularitățile exprimate de pacient și se consemnează în FOÎMD.

Accesul aparținătorilor la pacienții în stare terminala, respecta dorința exprimata a pacientului.

Dreptul de a consimți este nucleul drepturilor pacientului și se bazează sau este derivat din principiul respectului autonomiei pacientului și într-un sens mai larg, pornește de la principiul respectului pentru persoană și demnitatea individului.

***3.1.2.2. Cerință - Respectarea confidențialității datelor medicale ale pacientului de către personalul medical este asigurată***

Relația pacient-medic sau personal medical, se bazează în totalitate pe respect reciproc, inclusiv prin asigurarea de către aceștia a confidențialității referitoare la starea de sănătatea pacientului și la datele sale medicale.

Pentru asigurarea confidențialității este necesar:

* instruirea personalului medical referitor la metodologia adoptată de USA pentru asigurarea confidențialității datelor medicale, situațiile și condițiile în care aceste date sunt accesibile pacienților/aparținătorilor/terților;
* consemnarea opțiunii pacientului referitor la comunicarea datelor sale medicale către terți.

*Confidențialitatea datelor pacientului*

Fiecare persoană are dreptul la oferirea consimțământului atunci când:

* divulgarea informației cu caracter personal poate atinge anumite interese personale al acesteia;
* are dreptul de a participa la procedura de luare a deciziilor în calitate de parte egală;
* are dreptul de a i se păstra anonimatul în cazul furnizării de informații cu caracter personal, cu respectarea confidențialității;
* are dreptul de a nu fi identificată în mod automat, în cadrul procedurii de luare a deciziilor asupra divulgării informației.

Operatorii de date cu caracter personal și terții care au acces la datele cu caracter personal, sunt obligați să asigure confidențialitatea acestor date, cu excepția cazurilor când prelucrarea se referă la date făcute publice în mod voluntar și manifest de către subiectul datelor cu caracter personal, când datele cu caracter personal au fost depersonalizate.

Totodată, informațiile care constituie secret profesional pot fi transmise către persoane terțe fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal doar în următoarele cazuri:

* în Legea 46/2003 art. 23 actualizată, regăsim: în cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.
* în Codul de Etică și Deontologie al asistenților medicali și al moașelor din Romania, art. 36 Interesul general al societății (prevenirea şi combaterea epidemiilor, a bolilor venerice, a bolilor cu extindere în masă şi altele asemenea prevăzute de lege) primează față de interesul personal al pacientului.
* în cazul pacienților infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA se aplică reguli similare doar atunci când informațiile confidențiale sunt necesare specialiștilor medicali.

Ceea ce contează în mod special este să se acționeze întotdeauna etic și în serviciul pacientului, respectând demnitatea, dreptul la intimitate și la viață privată, respectând legislația atunci când viața cuiva poate fi în pericol.

Sunt considerate încălcări ale dreptului la confidențialitate nu numai cazurile în care personalul medical a furnizat informații, ci și atunci când personalul medical în mod pasiv, prin neglijență sau neatenție, a permis transferul unor asemenea informații către terțe părți. USA este obligată să asigure inviolabilitatea datelor referitoare la pacienți, indiferent de modul în care sunt stocate sau păstrate. O altă reglementare extrem de importantă privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal este Legea 190/2018.

***3.1.2.3. Cerință - Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate în asigurarea confidențialității datelor medicale ale pacientului***

Respectarea reglementărilor cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale trebuie să aibă în vedere identificarea și analizarea eventualelor vulnerabilități și stabilirea măsurilor de diminuare a efectelor acestora în situațiile de nerespectare a confidențialității datelor medicale ale pacientului.

Implementarea măsurilor pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate în cazurile în care nu a fost respectată confidențialitatea datelor medicale ale pacientului și instruirea personalului cu privire la cunoașterea reglementarilor ce privesc asigurarea confidențialității datelor medicale sunt definite.

***9.5.2. Standard 3.2. - Unitatea sanitară respectă drepturile pacientului și principiul echității și justiției sociale***

**Scopul** acestui standard este de a determina USA să respecte dreptul pacientului la îngrijiri de sănătate, în directă relație cu nevoile sale medicale, identificate de profesioniști precum și ținând cont de percepția pacientului.

**Direcții de acțiune:**

* alocarea resurselor medicale fără discriminare cu respectarea drepturilor tuturor oamenilor la îngrijiri de sănătate - oamenii cu probleme asemănătoare să fie tratați în mod asemănător (echitate orizontală), iar oamenii cu probleme diferențiate să fie tratați diferențiat (echitate verticală);
* comunicarea și educarea terapeutică a pacientului în funcție de nivelul său de instruire, de atitudinea față de boală și perceptele sale religioase, precum și de a fi protejat de imixtiunea terților asupra sa sau a informațiilor legate de el;
* desfășurarea actului profesional, cu respectarea demnității umane;
* interacțiunea profesioniștilor și a USA cu pacientul se realizează ținând obligatoriu cont că interesul și binele ființei umane prevalează interesului societății, ori al științei.

***3.2.1. Criteriu - Unitatea sanitară are politici de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale***

La nivelul USA este reglementat dreptul pacientului la servicii de sănătate, fiind respectate următoarele:

* instruirea personalului medical cu privire la acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale;
* prevederea explicită în ROF / RI și Fișa postului, a acordării asistenței medicale în mod nediscriminatoriu;
* reglementarea condițiilor de refuz a asistenței medicale și consemnarea în registrul de consultații a motivării refuzului furnizării asistenței medicale pacientului;
* asigurarea informării pacientului despre opțiuni de îngrijire și tratament adaptate (cultural, spiritual, etc);
* consemnarea în Fișa medicală a refuzului pacientului de a urma o intervenție medicală sau tratament, asumat prin semnătura acestuia;
* reglementarea modalității de solicitare pentru “a doua opinie medicală”, în legătură cu diagnosticul stabilit și tratamentul recomandat. Accesul pacientului la o a doua opinie medicală trebuie respectat și facilitat de către USA;

În cadrul USA, pentru solicitarea de către profesioniști a celei de a doua opinii medicale, este nevoie de:

* asigurarea respectării prevederilor legale în vigoare cu privire la dreptul de a solicita a doua opinie medicală;
* asigurarea informării pacienților cu privire la modalitatea de solicitare a unei "a doua opinii medicale”;
* monitorizarea desfășurării solicitărilor și eventualelor disfuncționalități identificate în cazurile de solicitare a unei "a doua opinii medicale”;
* datele rezultate din evaluările periodice vor fi utilizate în îmbunătățirea modalității de solicitare a unei "a doua opinii medicale”.

***3.2.1.1. Cerință - Unitatea sanitară reglementează prevenirea discriminării***

Pentru prevenirea discriminării în USA se recomandă:

* existența unor reglementări privitoare la prevenirea discriminării în acordarea serviciilor medicale, precum și a condițiilor de refuz a asistenței medicale;
* instruirea personalului medical cu privire la acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale, prevederi care apar în documentele USA;
* înregistrarea de către personalul medical în documentele medicale a încetării furnizării asistenței medicale a pacientului sau a refuzului acestuia privind tratamentul sau intervenția medicală;

***3.2.1.2. Cerință - Unitatea sanitară are un cod etic propriu care respectă drepturile pacientului așa cum sunt reglementate prin lege***

În RI / ROF, precum și în fișa postului, sunt prevăzute modalități de desfășurare a activității în USA, conform unui Cod de Etică și conform normelor de etică medicală.

Aplicabilitatea normelor de etică sunt cunoscute de către tot personalul medical și acestea sunt utilizate și în deciziile manageriale.

***3.2.2. Criteriu -* *Unitatea sanitară asigură accesul pacientului la informațiile medicale personale***

Pacientul are dreptul de a primi accesul la informațiile sale medicale și de a putea desemna, printr-un acord consemnat în FOÎMD sau atașat la aceasta (formular dedicat), o persoană care să aibă acces deplin, atât în timpul vieții pacientului cât și după decesul pacientului, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație.

USA trebuie să asigure accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale. Pacientul / reprezentantul legal / împuternicitul, se adresează USA în scris, privind comunicarea datelor medicale personale, completând conform reglementărilor legale un formular specific.

Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate de pacient / reprezentant legal / împuternicit, se face de către USA în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării, doar pentru documentele solicitate în formularul Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale.

***3.2.2.1. Cerință - Unitatea sanitară are reglementata modalitatea prin care se pun la dispoziția pacienților și rețelei primare de suport documentele medicale solicitate***

Accesul la informațiile medicale ale pacientului la solicitarea acestuia, aparținătorului sau împuternicitului trebuie să se facă cu respectarea drepturilor pacientului și conform reglementarilor USA.

În USA se stabilește modalitatea de acces la documentele medicale, având în vedere următoarele aspecte:

* care este modalitatea de comunicare a datelor medicale către terți;
* care sunt situațiile în care nu se comunică pacientului starea sa de sănătate;
* în ce condiții se realizează accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare;
* analizarea periodică a respectării modalității de eliberare a documentelor medicale solicitate de pacient, aparținător sau împuternicit.

USA are stabilite proceduri privind instruirea personalului, în scopul cunoașterii modalității de eliberare a documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/ autorități.

***3.2.2.2. Cerință - Unitatea sanitară are reglementată modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților datele medicale personale ale pacienților***

Accesul la informațiile medicale ale pacientului la solicitarea autorităților trebuie să se facă cu respectarea drepturilor pacientului cu:

* stabilirea modalității de eliberare a documentelor medicale la solicitarea autorităților;
* stabilirea responsabililor cu eliberarea documentelor medicale solicitate de autorități;
* analizarea periodică a respectării modalității de eliberare a documentelor medicale solicitate de autorități.

***9.5.3. Standard 3.3. - Unitatea sanitară promovează principiile binefacerii și non vătămării***

**Scopul** acestui standard este de a determina profesioniștii și managementul USA să se asigure că prin activitatea medicală pe care o desfășoară, determină îmbunătățirea stării de sănătate și a condițiilor de viață a pacientului, medicii și pacienții acestora asumându-și implicarea diverselor grade de daună acceptate, în scopul obținerii rezultatului preconizat.

Prin îndeplinirea acestui standard se obține:

* limitarea practicii curente la sferă de competență deținută în cadrul fiecărei specialități, asigurându-se că prin activitatea medicală desfășurată determină îmbunătățirea stării de sănătate și a condițiilor de viață a pacientului dar și atunci când situația o impune;
* reglementarea modului în care se pot depăși limitele competenței formale, în interesul imediat, vital al pacientului.

**Direcțiile de acțiune** ale standardului sunt:

* punerea în aplicare a principiului etic « primum non nocere »;
* punerea în aplicare a principiului etic al « beneficiului ».

***3.3.1. Criteriu - Unitatea sanitară impune limitarea practicii la sfera de competență deținută în cadrul specialității***

Prin limitarea practicii curente la sfera de competență deținută în cadrul fiecărei specialități, USA se asigură că activitatea medicală furnizată determină îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului.

Este prevăzută obligația de a acționa în limitele competenței conform pregătirii și specializării personalului, depășirea acestora putând constitui temei de atragere a răspunderii civile pentru eventualele prejudicii apărute în exercitarea actului medical.

***3.3.1.1. Cerință - Unitatea sanitară alocă personalul medical pentru fiecare compartiment în funcție de limitele stabilite de competențele profesionale specifice***

USA asigură asistența medicală, conform competențelor care sunt definite în reglementările interne/ RI și Fișele de post, cu:

* asigurarea unui număr suficient de personal medical cu competență specifică, adaptată adresabilității;
* evitarea acordării asistenței medicale cu depășirea competențelor personalului implicat determinate de lipsa certificărilor necesare;
* stabilirea modalităților de evaluare a limitelor de competență profesională.

***3.3.1.2. Cerință - Unitatea sanitară asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor profesionale legal deținute***

Pentru evitarea și prevenirea depășirii competențelor deținute se recomandă:

* respectarea instruirilor specifice care se regăsesc în planificările de instruire anuale, referitoare la situațiile de depășire a competențelor medicale și prevenirea acestora;
* evaluarea anuală sau la anumite perioade de timp a competențelor specifice ale personalului medical;
* monitorizarea respectării criteriilor stabilite cu privire la limitele de competență profesională.

***3.3.2. Criteriu - Depășirea limitelor competenței este permisă în interesul pacientului***

USA reglementează modul în care se pot depăși limitele competenței formale, în interesul imediat, vital al pacientului.

Se instruiește personalul medical, cu privire la situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale în afara specialității.

***3.3.2.1. Cerință - Depășirea competențelor medicale este permisă în urgențe colective, catastrofe cu risc vital imediat și în situații în care personalul cu competență specifică este indisponibil în timp util***

USA se asigură că depășirea competențelor medicale se realizează numai în interesul pacientului prin:

* stabilirea modalității de acordare a asistenței medicale în urgențele cu risc vital;
* instruirea periodică a personalului medical cu privire la acordarea asistenței medicale în urgențele cu risc vital.

USA are reglementări cu privire la depășirea competențelor medicale în urgențe cu risc vital imediat sau în cazurile când nu există personal cu competență specifică.

***3.3.2.2. Cerință - Depășirea competențelor medicale este permisă în limitele protocoalelor de practică medicală***

USA se asigură că personalul respectă condițiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, care se realizează numai în interesul pacientului, dar numai în limitele protocoalelor de practică medicală, prin:

* identificarea situațiilor în care este permisă depășirea competențelor medicale în afara specialității și instruirea personalului pentru aceste cazuri;
* consemnarea în documentele medicale, a situațiilor de depășire a competențelor;
* analiza justificării și a condițiilor de desfășurare a activității medicale în situațiile în care s-a depășit competența.

**Bibliografie**

|  |
| --- |
| 1. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările și completările ulterioare; 2. Legea nr. 185 din 24 iulie 2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; 3. Legea nr. 31 din 16 noiembrie 1990 privind societăţile comerciale; 4. Legea nr. 598 din 31 octombrie 2001 pentru aprobarea Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical 5. Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului. Forma consolidată este realizată prin includerea modificărilor şi completărilor aduse de: Legea nr. 50 din 30 martie 2016; Legea nr. 191 din 24 iulie 2017; Legea nr. 347 din 27 decembrie 2018; Legea nr. 150 din 24 iulie 2019; Legea nr. 186 din 17 octombrie 2019; 6. Legea 53/2003 Codul Muncii, cu modificările și completările ulterioare; 7. Legea nr. 3 din 8 ianuarie 2021 privind prevenirea, diagnosticarea şi tratamentul infecţiilor asociate asistenţei medicale din unităţile medicale şi din centrele rezidenţiale pentru persoanele adulte aflate în dificultate din România; 8. Legea nr. 16 din 2 aprilie 1996 legea Arhivelor naționale, cu modificările și completările ulterioare; 9. Legea nr.135 din 15 mai 2007 privind arhivarea documentelor în formă electronică; 10. Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice; 11. Legea nr. 489 din 28 decembrie 2006 privind libertatea religioasă și regimul general al cultelor, articolul 17(1); 12. Legea nr. 190 din 18 iulie 2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor); 13. Legea 197 din 1 noiembrie 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale actualizată in 2023; 14. Legea nr. 233 din 27 noiembrie 2019 pentru modificarea art. 8 alin. (1) din Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor); 15. Legea nr. 319 din 14 iulie 2006 securității și sănătății în muncă, cu modificările și completările ulterioare; 16. Legea nr. 53 din 17 aprilie 2014 pentru aprobarea Ordonanţei de Urgență nr. 144 din 28 octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu modificările și completările ulterioare; 17. Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap; 18. Legea nr. 82 din 24 decembrie 1991 a contabilităţii; 19. Legea nr. 98 din 19 mai 2016 privind achiziţiile publice; 20. Legea nr. 333 din 8 iulie 2003 privind paza obiectivelor, bunurilor, valorilor şi protecţia persoanelor; 21. Legea nr. 544 din 12 octombrie 2001 privind liberul acces la informaţiile de interes public; 22. Legea nr. 500 din 11 iulie 2002 privind finanţele; 23. Legea audiovizualului nr. 504 din 11.07.2002; 24. Legea nr. 292 din 23 decembrie 2011 privind asistenta socială actualizată 2023; 25. Legea nr. 339 din 29 noiembrie 2005 actualizată 2023 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; 26. Legea nr. 34 din 20 ianuarie 1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridica, care înființează și administrează unități de asistență socială, actualizată; 27. Ordonanţa Guvernului nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale; 28. Ordonanţa Guvernului nr. 26 din 30 ianuarie 2000 cu privire la asociații și fundații, cu modificările și completările ulterioare; 29. Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului nr. 92 din 19 august 2021 privind regimul deșeurilor; 30. Ordonanța de Urgență nr. 44 din 16 aprilie 2008 privind desfășurarea activităților economice de către persoanele fizice autorizate, întreprinderile individuale și întreprinderilor; 31. Hotărârea Guvernului nr. 1092 din 16 august 2006 privind protecţia lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenţi biologici în muncă; 32. Hotărârea Guvernului nr. 1 din 4 ianuarie 2012 pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.218/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate în muncă pentru asigurarea protecţiei lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezenţa agenţilor chimici, precum şi pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1.093/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate pentru protecţia lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenţi cancerigeni sau mutageni la locul de muncă şi a Hotărârii Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătăţii lucrătorilor; 33. Hotărârea Guvernului nr. 157 din 27 februarie 2020 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1.218/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate în muncă pentru asigurarea protecţiei lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezenţa agenţilor chimici, precum şi pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.093/2006 privind stabilirea cerinţelor minime de securitate şi sănătate pentru protecţia lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenţi cancerigeni sau mutageni la locul de muncă; 34. Hotărârea Guvernului nr. 617 din 23 iulie 2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide; 35. Hotărârea Guvernului nr. 571 din 10 august 2016 pentru aprobarea categoriilor de construcții și amenajări care se supun avizării și/sau autorizării privind securitatea la incendiu; 36. Hotărârea Guvernului nr. 521 din 26 mai 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale. tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, actualizată la data evaluării unității sanitare; 37. Hotărârea Guvernului nr. 867 din 14 octombrie 2015 pentru aprobarea Nomenclatorului servicii sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale actualizată in 2023; 38. Hotărârea Guvernului nr .886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice; 39. Hotărâre privind modificarea şi completarea anexei la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate; 40. Hotărârea Guvernului nr. 1153 din 21 noiembrie 2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederii Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistentă socială; 41. Hotărâre Guvernului nr.426 din 27 mai 2020 privind aprobarea standardelor de cost pentru servicii sociale; 42. Hotărârea Guvernului nr. 118/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale; 43. Hotărârea Guvernului nr.566/2015 din 15 iulie 2015 privind aprobarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active şi protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 - 2020, a Planului operaţional de acţiuni pentru perioada 2016 - 2020, precum şi a Mecanismului de monitorizare şi evaluare integrată a acestora; 44. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 318 din 07 aprilie 2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea şi funcţionarea îngrijirilor la domiciliu, precum şi autorizarea persoanelor juridice şi fizice care acordă aceste servicii; 45. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1221 din 16 septembrie 2010 privind aprobarea Ghidului de practică medicală pentru specialitatea oncologie; 46. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1226 din 3 decembrie 2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale şi a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza naţională de date privind deşeurile rezultate din activităţi medicale; 47. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 308 din 17 martie 2015 privind controlul prin verificare periodică a dispozitivelor medicale puse în funcţiune şi aflate în utilizare; 48. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 493 din 21 aprilie 2015 pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi a Instrucţiunilor privind utilizarea şi modul de completare a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; 49. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 488 din 15 aprilie 2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002; 50. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1410 din 12 decembrie 2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003; 51. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1101 din 30 septembrie 2016 privind aprobarea normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare; 52. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1761 din 3 septembrie 2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curăţarea, dezinfecţia şi sterilizarea în unităţile sanitare Normelor tehnice privind curăţarea, dezinfecţia şi sterilizarea în unităţile sanitare publice şi private, evaluarea eficacităţii procedurilor de curăţenie şi dezinfecţie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfecţia mâinilor în funcţie de nivelul de risc, precum şi metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare şi controlul eficienţei acestuia; 53. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 2.520 din 29 august 2022 pentru aprobarea Normelor de funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu; 54. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Ministerului Internelor şi Reformei Administrative nr. 2011 din 22 noiembrie 2007 MSP/MIRA privind unele măsuri în asistența medicală de urgență prespitalicească; 55. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 106 din 3 februarie 2015 pentru aprobarea Regulamentelor-cadru de organizare şi funcţionare a comisiilor naţionale şi a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente şi materiale sanitare, a standardelor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente şi materiale sanitare, precum şi a metodologiei-cadru de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente şi materiale sanitare; 56. Ordinul Ministerului Sănătăţii și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857 din 30 mai 2023 privin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern nr. 521 din 26 mai 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate; 57. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 712 din 23 iunie 2005 pentru aprobarea Dispoziţiilor generale privind instruirea în domeniul prevenirii şi stingerii incendiilor şi instruirea în domeniul protecţiei civile; 58. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 163 din 28 februarie 2007 pentru aprobarea Normelor generale de apărare împotriva incendiilor - Publicat în M.Of. nr. 216 din data de 29 martie 2007; 59. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 180 din 29 noiembrie 2022 pentru aprobarea Normelor metodologice prinvind avizarea și autorizarea de securitate la incendiu și protecție civilă; 60. Ordinul Ministerului Dezvoltării Regionale și Administrației Publice nr. 189 din 12 februarie 2013 pentru aprobarea reglementării tehnice "Normativ privind adaptarea clădirilor civile şi spaţiului urban la nevoile individuale ale persoanelor cu handicap, indicativ NP 051-2012 - Revizuire NP 051/2000"; 61. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600 din 20 aprilie 2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice; 62. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 353 din 09 octombrie 2019 privind aprobarea Standardelor Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu; 63. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 53 din 19 februarie 2020 privind aprobarea documentelor necesare înscrierii unităţilor sanitare din ambulatoriu în procesul de acreditare; 64. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 186 din 29 mai 2020 pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 32/2020 privind aprobarea modalității de plată de către unitățile sanitare a taxei de acreditare; 65. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 187 din 29 mai 2020 pentru modificarea Metodologiei de evaluare şi acreditare a unităţilor sanitare din ambulatoriu, aprobată prin Ordinul preşedintelui Autorităţii Naţionale de Management al Calităţii în Sănătate nr. 358/2019; 66. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr.298 din 26 august 2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului; 67. Ordinul Preşedintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 53 din 19 februarie 2020 privind aprobarea documentelor necesare înscrierii unităților sanitare din ambulatoriu în procesul de acreditare; 68. Ordinul Preşedintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 147 din 5 mai 2020 privind aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de evaluare a unităților sanitare cu paturi; 69. Ordinul Preşedintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 148 din 5 mai 2020 privind aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de acreditare a unităților sanitare cu paturi; 70. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 446 din 18 aprilie 2017 Privind aprobarea Standardelor, Procedurilor și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor; 71. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor cu modificările și completările ulterioare; 72. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 322 din 09 septembrie 2019 privind afișarea de către unitățile sanitare a informațiilor referitoare la acreditare precum și pentru aprobarea modelului certificatului de acreditare a unităţilor sanitare cu paturi în cadrul celui de al II-lea ciclu de acreditare, cu modificările și completările ulterioare; 73. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 432 din 23 decembrie 2019 privind aprobarea condițiilor și a metodologiei de suspendare a acreditării unităților sanitare cu paturi cu modificările și completările ulterioare; 74. Ordin comun al Ministrului Sănătății și al Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 1.312/250/2020 – privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului; 75. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 321/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de pregătire a evaluării unităților sanitare din ambulatoriu; 76. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 318/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de evaluare a unităților sanitare din ambulatoriu; 77. Ordinul Ministerului Muncii, Familiei, protecției sociale si persoanelor vârsnice nr.424 din 19 martie 2014 privind acordarea criteriilor specifice care stau la baza acreditării furnizorilor de servicii sociale; 78. Ordinul Ministerului Muncii si justiției sociale nr. 29 din 3 ianuarie 2019 pentru aprobarea standardelor minimale de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și alte categorii de persoane aflate în dificultate, precum și a serviciilor acordate în comunitate, serviciilor acordate în sistem integrat și cantine sociale; 79. Ordonanţă Guvernului nr. 68 din 28 august 2003 privind serviciile sociale; 80. Norme Metodologice din 11 octombrie 2006 de aplicare a prevederilor Legii securitatii și sanatatii în munca nr. 319/2006; 81. Norme Tehnice din 3 decembrie 2012 privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale; 82. Strategia națională de sănătate - Ministerul Sănătății; 83. Manualul de Sănătate publică și management sanitar, Coordonator: Prof. Dr. Vladescu Cristian, Editura Cartea Universitară, 2004; 84. Metodologie de implementare a standardului de control intern “managementul riscurilor” <http://www.sgg.gov.ro>; 85. Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative, Editor: Fundația HOSPICE Casa Speranței sub redacția conf. Dr. Daniela Mosoiu, 2014; 86. Ghidul Angelescu de terapie antimicrobiana, ed. 2018, Elisabeta Benea, Liana Cătălina Gavriliu, Cristina Popescu, Gabriel Adrian Popescu, Șerban Benea; Ed. Houston NPA, 2018; 87. Home Care Packages Program, Operational Manual, A guide for home providers, Version 1.3 – January 2023, Australian Government; 88. <https://www.health.gov.au/resources/publications/revised-aged-care-quality-standards-detailed-draft-for-public-consultation?language=en>; 89. Servicii de îngrijire la domiciliu, Dumitru Carata; Tipogr. UPS ”Ion Creanga”, Chisinau, 2018; 90. <https://med.libretexts.org/Bookshelves/Allied_Health/Foundations_for_Assisting_in_Home_Care_(McLain_O'Hara>Leslie\_and\_Wade)/01%3A\_What\_Is\_Home\_Health\_Care/1.02%3A\_History\_of\_Home\_Care; 91. [www.servicii-sociale.gov.ro/ro/persoane-varsnice](http://www.servicii-sociale.gov.ro/ro/persoane-varsnice); 92. Strategia natională de sănătate pentru perioada 2023-2030 - Monitorul oficial al României, Partea I, Nr.962 bis/24.X.2023; 93. Planul sectorial de cercetare-dezvoltate al Ministerului Muncii si Justitiei Sociale pentru perioada 2018-2020. |

Întocmit,

Sorina Isabella TUDOR

Aurora PREDA

Adela STOICA

1. Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate. [↑](#footnote-ref-1)
2. A. Nanu, D.. Georgescu, V. Voicu, B. Ioan, *Locul și relevanța prevederilor legale în contextul practicii medicale din România*, Revista Română de Bioetică, Vol. 9, Nr. 4, Octombrie - Decembrie 2011 [↑](#footnote-ref-2)
3. I. L. Gheorghe, Managementul spitalului / Şcoala Naţională de Sănătate Public şi Management Sanitar. - Bucureşti : Public H Press, 2006 ISBN (10) 973-87776-2-3 [↑](#footnote-ref-3)
4. Art. 653, alin 2, LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 actualizată, privind reforma în domeniul sănătăţii [↑](#footnote-ref-4)
5. Art. 653, alin 3, LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 actualizată, privind reforma în domeniul sănătăţii [↑](#footnote-ref-5)