

Secció I. Disposicions generals

ADMINISTRACIÓ DE LA COMUNITAT AUTÒNOMA CONSELLERIA DE SALUT I CONSUM

2633

Ordre 8/2023 de la consellera de Salut i Consum de 21 de març de 2023 per la qual es modifica el Programa d'Acreditació d'Hospitals Generals, inclòs en l'annex del Decret 46/2012, d'1 de juny

El Programa d'Acreditació d'Hospitals Generals, aprovat mitjançant el Decret 46/2012, d'1 de juny, pel qual es regula el marc de qualitat dels centres, serveis i establiments sanitaris, es crea la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears i s'aprova el Programa d'Acreditació dels Hospitals Generals, va ser fruit d'un treball de consens entre els diferents agents involucrats en l'assistència sanitària de la nostra comunitat autònoma.

L'evolució dels models de qualitat i seguretat existents en el moment en què es va elaborar, l'aparició de bones pràctiques en matèria de qualitat i seguretat i la necessitat de simplificació de determinats estàndards requereixen que es dugui a terme una actualització dels estàndards aprovats l'any 2012, a fi que el marc de qualitat continuï ajudant els centres hospitalaris en la millora dels serveis que es presten a la ciutadania.

L'article 5.1 de la referida norma estableix que la consellera de Salut, Família i Benestar Social (actualment, de Salut i Consum), a proposta de la Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària, i d'acord amb el marc de qualitat de la Conselleria, ha d'aprovar i publicar, mitjançant una ordre, els diferents programes d'acreditació sanitària. L'apartat 2 de la disposició final segona autoritza la consellera a substituir o modificar per ordre el Programa d'Acreditació Sanitària d'Hospitals que figura en l'annex del Decret.

L'Estatut d'autonomia de les Illes Balears, en l'article 30.48, reconeix la competència exclusiva per a l'organització, el funcionament i el control dels centres sanitaris públics i dels serveis de salut.

La Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, estableix en l'article 26 que el sistema sanitari públic de les Illes Balears té com a fins primordials, entre d'altres, la prestació d'una atenció integral de la salut per procurar alts nivells de qualitat degudament controlats i avaluats, com també l'establiment de programes de millora contínua de la qualitat en la prestació dels serveis sanitaris; per la qual cosa, l'article 34 afegeix que l'Administració sanitària ha de vetlar pel compliment d'aquests programes per part dels serveis i centres assistencials.

Aquesta facultat es concreta orgànicament en el Decret 25/2021, de 8 de març, de la presidenta de les Illes Balears, pel qual es modifica el Decret 11/2021, de 15 de febrer, de la presidenta de les Illes Balears, pel qual s'estableixen les competències i l'estructura orgànica bàsica de les conselleries de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, que en l'article 2.7.c) determina que la Conselleria de Salut i Consum, mitjançant la Direcció General de Recerca en Salut, Formació i Acreditació, exerceix, entre d'altres, les competències relatives a l'avaluació de la qualitat assistencial i l'acreditació dels centres, serveis i establiments sanitaris.

La present Ordre consta d'un article únic, en què es recullen, en cinc apartats, els diferents tipus de modificacions de l'annex esmentat, dues disposicions (adicional i final) i, finalment, un annex en què es transcriu íntegrament el contingut de l'annex del Decret, amb les modificacions efectuades.

La tramitació d'aquesta Ordre està en consonància amb els principis de bona regulació recollits en l'article 129 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, i en l'article 49 de la Llei 1/2019, de 31 de gener, del Govern de les Illes Balears, tal com s'especifica a continuació.

Amb els principis de necessitat i d'eficàcia, perquè la modificació de la norma pretén millorar els estàndards de qualitat existents i la consegüent derogació dels que han quedat obsolets amb el transcurs del temps; amb el de proporcionalitat, en tant que les novetats que s'introdueixen es consideren les imprescindibles per atendre la finalitat que s'estableix en el Decret 46/2012 de regular el marc de qualitat dels hospitals; amb el de seguretat jurídica, perquè la reforma del Programa mitjançant una ordre és l'instrument adequat i que es preveu reglamentàriament en el Decret 46/2012, i s'adapta de manera coherent a la resta de l'ordenament jurídic que regula la matèria; amb el de transparència, ja que la iniciativa ha estat prèviament consultada a la ciutadania i el projecte s'ha sotmès als tràmits d'audiència i informació pública corresponents, fet que possibilita la participació ciutadana i l'accés al procés d'elaboració normativa; i finalment, amb els principis d'eficiència, qualitat i simplificació, perquè en actualitzar el Programa d'Acreditació als estàndards més recents i ajustar-los d'acord amb l'experiència obtinguda en implantar-los, la norma dona resposta a les necessitats dels centres hospitalaris, i amb això a les de la ciutadania que atén.

Tot i comportar un cert augment de costos i càrregues administratives derivats de la implantació dels nous estàndards, la reforma està



dissenyada per tal d'obtenir una regulació que compleixi amb la seva funció de manera més eficient, la qual cosa al capdavant implicarà un estalvi de costos de funcionament i una qualitat assistencial més gran.

Per tot això, dicta la següent

ORDRE

Article únic. Modificació del Programa d'Acreditació d'Hospitals Generals, recollit en l'annex del Decret 46/2012, d'1 de juny, pel qual es regula el marc de qualitat dels centres, serveis i establiments sanitaris, es crea la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears i s'aprova el Programa d'Acreditació dels Hospitals Generals

1. Es modifiquen els estàndards 1.13, 1.17, 1.20, 1.28, 2.10, 2.12, 2.13, 2.16, 2.20, 3.12, 3.14, 4.2, 4.6, 4.23, 4.24, 4.27, 4.39, 5.2-8, 5.2-9, 5.2-12, 5.2-13, 5.4-1 i 5.4-2, que queden redactats i numerats de la manera següent:

1.13 Els directius, caps de servei o unitat, responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten l'ús de metodologia basada en l'evidència científica i l'avaluació de la variabilitat de la pràctica clínica. (Obligatori)

1.17 L'organització disposa i avalua un pla estratègic consensuat, en què es tenen en compte les necessitats de salut de la població, la satisfacció dels pacients, la satisfacció dels treballadors, els indicadors assistencials, etc. (Obligatori)

1.24 Es defineixen objectius relatius a la qualitat i la seguretat dels pacients amb els professionals dels serveis mitjançant pactes de gestió i s'estableixen indicadors per al seguiment d'aquests. (Recomanable)

1.29 Es disposa i es remet a la Conselleria de Salut i Consum un informe o memòria anual d'activitats lligades al marc de qualitat o acreditació. (Obligatori)

2.10 Es disposa d'un pla actualitzat de prevenció de riscos laborals i estrès professional i d'atenció a segones víctimes. (Obligatori)

2.12 S'identifiquen les titulacions i especialitats dels professionals sanitaris de l'organització i es disposa d'un procediment per actualitzar-les. (Obligatori)

2.13 Es disposa d'un pla de formació continuada. (Obligatori)

2.17 S'avalua l'impacte dels programes de formació i desenvolupament de les persones. (Recomanable)

2.20 Es disposa de comissions i reglaments d'aquells òrgans participatius amb funció assessora que permeten tractar aspectes com la qualitat, la seguretat, la bioètica, etc. (Obligatori)

3.13 Es controlen les caducitats i les condicions d'emmagatzematge del material fungible i fàrmacs que s'emmagatzemen a les unitats. (Obligatori)

3.16 S'assegura la transparència de l'organització quant a l'activitat i els resultats assistencials. (Recomanable)

4.2 S'identifiquen els processos, els processos clau i els subprocessos de l'organització, en què es detalla l'itinerari dels pacients de les activitats d'urgències, l'activitat ambulatoria, l'hospitalització, l'atenció quirúrgica i les proves complementàries. (Recomanable)

4.11 Es disposa i s'implanta un protocol d'atenció a persones amb necessitats pal·liatives. (Obligatori)

4.30 Es disposa i s'implanta un protocol que assegura un correcte emmagatzematge i distribució de medicaments. (Obligatori)

4.36 S'implanta un sistema de notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos o incidents, anònim, no punitiu i àgil, i es treballa amb metodologia de gestió de riscos. (Obligatori)

4.41 S'identifiquen els processos no assistencials i els fluxos d'activitat i documentació o informació associats dels processos que detallen la gestió de les cites, els ingressos, la programació quirúrgica i la llista d'espera i dels processos de suport assistencial. (Recomanable)

4.54 Hi ha establert un sistema que permet a pacients i ciutadans fer suggeriments i reclamacions. (Obligatori)

5.2-8 Es quantifiquen i s'avaluen els reingressos globals i de determinats procediments. (Obligatori)

5.2-9 Es quantifica i s'avalua la mortalitat global i la de determinats procediments. (Obligatori)

5.2-12 Es quantifiquen i s'avaluen les complicacions i els resultats quant a la seguretat del pacient. (Obligatori)

5.2-13 Es quantifica i s'avalua la variabilitat de la pràctica clínica i la pertinència de determinats procediments. (Recomanable)

5.4-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat general a l'assistència que es presta als centres hospitalaris. (Obligatori)

5.4-3 Es quantifica i s'avalua l'estada mitjana. (Obligatori)

2. S'introdueixen els estàndards següents, que queden numerats de la manera següent:

1.20 Es disposa de mecanismes per assegurar la participació activa de la ciutadania. (Obligatori)

1.21 Es desenvolupen accions de promoció de la salut i d'hàbits saludables. (Obligatori)

1.22 El centre hospitalari defineix i aplica una estratègia per a l'atenció integral dels pacients fràgils i vulnerables i dels seus cuidadors amb una mirada pal·liativa. (Obligatori)

1.23 L'organització disposa d'un pla d'humanització. (Obligatori)

2.14 Es disposa d'una estratègia de formació sanitària especialitzada i de pregrau. (Recomanable)

2.25 Es disposa de sistemes d'informació que permeten controlar l'absentisme i el grau de cobertura de la plantilla teòrica.

(Obligatori)

3.11 Es disposa d'àrees de dol per a familiars i acompanyants. (Obligatori)

3.14 Es disposa d'un sistema de control i gestió de medicaments, productes sanitaris i altres productes farmacèutics que assegura la disponibilitat d'existències per prestar l'assistència sanitària. (Obligatori)

3.15 L'organització disposa d'un pressupost anual d'ingressos i despeses alineat amb els objectius. (Obligatori)

3.24 Es disposa d'un procediment per garantir la seguretat dels béns personals dels pacients. (Obligatori)

4.4 S'identifiquen els processos assistencials susceptibles d'aplicar-hi una metodologia d'innovació de processos. (Recomanable)

4.6 Durant el procés assistencial s'identifica la persona responsable de l'atenció. (Obligatori)

4.7 Es disposa de procediments d'acolliment dels pacients a les unitats d'hospitalització. (Obligatori)

4.9 S'obté el consentiment informat per escrit en els casos d'intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, en els procediments que suposin riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient. (Obligatori)

4.10 Es disposa de mecanismes que permetin identificar els pacients que han declarat voluntats anticipades. (Obligatori)

4.19 Es disposa de procediments per a l'actuació davant possibles epidèmies. (Obligatori)

4.28 L'organització disposa de mecanismes per comunicar a l'autoritat sanitària corresponent la informació que sigui important per a estudis epidemiològics. (Obligatori)

4.31 Es disposa de procediments per prescriure, validar, dispensar i administrar medicaments. (Obligatori)

4.32 S'implanten sistemes automatitzats de prescripció i dispensació de medicaments. (Recomanable)

4.33 Es disposa d'una guia farmacoterapèutica. (Obligatori).

4.34 Es documenta la preparació de medicaments als serveis de farmàcia. (Obligatori)

4.35 S'implanten pràctiques per a l'ús segur de medicaments. (Obligatori)

4.39 S'emet un informe d'alta amb tota la informació requerida. (Obligatori)

4.40 S'emet un informe de cures d'infermeria en el moment de l'alta. (Recomanable)

4.42 Es disposa d'un procediment per protegir pacients en casos de violència de gènere o altres. (Obligatori)

4.48 Es disposa de programes de formació específics per a pacients i cuidadors amb la finalitat d'aconseguir-ne la participació activa en les decisions i els processos d'atenció. (Recomanable)

4.55 El centre hospitalari promociona la donació voluntària de sang i les fraccions d'aquesta, així com la d'òrgans i teixits. (Obligatori)

4.58 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat de les unitats de diàlisi. (Obligatori)

5.2-14 Es quantifiquen i s'avaluen les hospitalitzacions potencialment evitables. (Recomanable)

5.3-1 Es quantifica i s'avalua l'impacte ambiental. (Recomanable)

5.4-1 Es quantifica i s'avalua l'activitat que realitza el centre. (Obligatori)

3. S'eliminen els estàndards següents:

1.21 Els pactes de gestió són coherents amb els contractes de gestió o document similar i disposen d'indicadors que permeten demostrar-ne l'avenç. (Recomanable)

1.26 S'incorporen als processos de revisió interns la informació sobre les característiques sociodemogràfiques i les necessitats de salut de la població de la seva àrea d'influència, i les oportunitats actuals i futures. (Recomanable)

1.27 L'equip directiu manifesta la seva implicació en el seguiment i l'avaluació del Pla Estratègic. (Recomanable)

2.17 Es fa un certificat de les competències professionals. (Recomanable)

3.13 Es disposa d'un sistema de gestió dels recursos econòmics que controla la gestió de risc, la reducció de costos, etc., i alhora està alineat amb els objectius estratègics. (Recomanable)

3.17 Es disposa d'un sistema per identificar i valorar tecnologies emergents. (Recomanable)

4.33 L'organització disposa i implanta mecanismes d'educació per a pacients i familiars. (Recomanable)

5.3-1 Es quantifica i s'avalua el soroll que emet el centre. (Recomanable)

5.3-2 Es quantifiquen i s'avaluen les emissions atmosfèriques que provoca l'activitat del centre. (Recomanable)

5.3-3 Es quantifiquen i s'avaluen els residus que genera el centre. (Recomanable)

5.3-4 Es quantifica i s'avalua el consum de recursos naturals. (Recomanable)

5.3-5 Es quantifica i s'avalua la satisfacció de la societat. (Recomanable)

5.4-4 Es quantifica i s'avalua la mortalitat global. (Obligatori)

5.4-5 Es quantifiquen i s'avaluen les complicacions globals. (Obligatori)

5.4-6 Es quantifica i s'avalua la prescripció de medicaments genèrics. (Obligatori)

5.4-7 Es quantifiquen i s'avaluen els reingressos globals. (Obligatori)

5.4-8 Es quantifica i s'avalua la satisfacció global dels pacients, familiars i usuaris. (Obligatori)

5.4-9 Es quantifica i s'avalua la satisfacció global dels treballadors. (Obligatori)

4. Es modifiquen de recomanable a obligatori els estàndards 1.22, 3.8 i 4.40, que queden numerats de la manera següent:

1.25 Els directius de l'organització participen en l'elaboració i l'avaluació d'un pla que garanteixi la continuïtat assistencial





intranivells i internivells.

3.8 Es disposa d'un programa de control dels aparells i dels equips d'electromedicina.

4.56 Es disposa d'un pla de desenvolupament de l'R+D+I.

5. Es modifica d'obligatori a recomanable:

1.15 Els caps de servei o unitat, responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees comuniquen els serveis i compromisos de qualitat (ex.: cartes de compromisos).

Disposició addicional única

Numeració i ordre dels estàndards

La numeració i l'ordre dels estàndards del Programa d'Accreditació d'Hospitals Generals queda definit en l'annex d'aquesta Ordre.

Disposició final única

Entrada en vigor

Aquesta Ordre entra en vigor l'endemà de la publicació en el *Butlletí Oficial de les Illes Balears*.

Palma, 23 de març de 2023

La consellera de Salut i Consum

Patricia Gómez Picard

ANNEX

Programa d'Accreditació d'Hospitals Generals

Categoria I. Lideratge i estratègia

- 1.1. Es disposa i es comunica la missió, la visió i els valors de l'organització. (Obligatori)
- 1.2. S'elabora i es comunica una política de qualitat i seguretat des d'un enfocament no punitiu i de millora continuada. (Obligatori)
- 1.3. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten iniciatives en matèria de qualitat i seguretat de pacients. (Obligatori)
- 1.4. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees es comprometen en la promoció en matèria de seguretat de les persones que treballen en l'organització. (Obligatori)
- 1.5. L'equip directiu s'implica en activitats encaminades a la responsabilitat social corporativa. (Recomanable)
- 1.6. Hi ha una estructura organitzativa que defineix, revisa i actualitza de forma sistemàtica la política de qualitat i seguretat. (Obligatori)
- 1.7. El gerent o el director mèdic o assistencial és el màxim responsable de l'estructura organitzativa. (Obligatori)
- 1.8. Es defineixen les responsabilitats en els diferents processos que tenen lloc a l'organització. (Recomanable)
- 1.9. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees de l'organització participen en el reconeixement dels professionals que s'impliquen en la millora de la qualitat i seguretat dels pacients. (Recomanable)
- 1.10. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees promouen una cultura per a la innovació, la formació, la comparació i millora, etc. (Recomanable)
- 1.11. Els directius participen en el desenvolupament d'un pla d'emergències i d'evacuació. (Obligatori)
- 1.12. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees s'impliquen i avaluen el compliment de la normativa sobre la Llei d'autonomia del pacient i la Llei orgànica de protecció de dades. (Obligatori)
- 1.13. Els directius, caps de servei o unitat, responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten l'ús de metodologia basada en l'evidència científica i l'avaluació de la variabilitat de la pràctica clínica. (Obligatori)
- 1.14. L'organització fomenta l'atenció a la «veu dels pacients» i l'opinió dels professionals. (Obligatori)
- 1.15. Els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees comuniquen els serveis i els compromisos de qualitat (ex.: cartes de compromisos). (Recomanable)
- 1.16. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees impulsen l'aportació d'accions de millora que sorgeixen de les persones al seu càrrec. (Recomanable)
- 1.17. L'organització disposa i avalua un pla estratègic consensuat, en què es tenen en compte les necessitats de salut de la població, la satisfacció dels pacients, la satisfacció dels treballadors, els indicadors assistencials, etc. (Obligatori)
- 1.18. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees participen en la



identificació de les expectatives i necessitats de tots els grups d'interès. (Obligatori)

1.19. Es disposa d'un pla de qualitat i seguretat. (Obligatori)

1.20. Es disposa de mecanismes per assegurar la participació activa de la ciutadania. (Obligatori)

1.21. Es desenvolupen accions de promoció de la salut i d'hàbits saludables. (Obligatori)

1.22. El centre hospitalari defineix i aplica una estratègia per a l'atenció integral dels pacients fràgils i vulnerables i dels seus cuidadors amb una mirada pal·liativa. (Obligatori)

1.23. L'organització disposa d'un pla d'humanització. (Obligatori)

1.24. Es defineixen objectius relatius a la qualitat i la seguretat dels pacients amb els professionals dels serveis mitjançant pactes de gestió i s'estableixen indicadors per al seguiment d'aquests. (Recomanable)

1.25. Els directius de l'organització participen en l'elaboració i l'avaluació d'un pla que garanteix la continuïtat assistencial intranivells i internivells. (Obligatori)

1.26. Es disposa d'indicadors per monitorar les estructures, els processos i els resultats clínics i de gestió de l'organització. (Obligatori)

1.27. S'utilitzen els resultats dels indicadors de qualitat com a elements de millora continuada. (Obligatori)

1.28. S'inclouen els indicadors clau en el quadre de comandament de l'hospital per a l'avaluació i les propostes de millora. (Obligatori)

1.29. Es disposa i es remet a la Conselleria de Salut i Consum un informe o memòria anual d'activitats lligades al marc de qualitat o acreditació. (Obligatori)

1.30. S'identifiquen, conforme a l'estratègia, els processos clau de l'organització. (Recomanable)

Categoria II. Persones

2.1 Es disposa i es comunica a l'organització una política de recursos humans adequada per a la prestació d'una assistència de qualitat. (Obligatori)

2.2 Es disposa d'un pla de recursos humans en què s'analitzen les necessitats actuals i futures de recursos humans, tenint en compte les necessitats i les expectatives dels grups d'interès. (Recomanable)

2.3 Es defineixen els perfils professionals i les competències necessàries per dispensar la millor assistència. (Obligatori)

2.4 Es disposa d'un sistema d'avaluació de l'acompliment. (Recomanable)

2.5 Es disposa d'un sistema de retribució i incentivació lligat al rendiment. (Recomanable)

2.6 Es duen a terme enquestes de satisfacció autoritzades, comparables i representatives, i se'n comuniquen els resultats. (Obligatori)

2.7 Se supera el percentatge de treballadors amb discapacitat exigida per la normativa. (Recomanable)

2.8 Es disposa de mecanismes per als treballadors que els permetin opinar sobre els seus caps i directius. (Recomanable)

2.9 Es disposa d'un reglament de règim interior aprovat i conegut. (Obligatori)

2.10 Es disposa d'un pla actualitzat de prevenció de riscos laborals i estrès professional i d'atenció a segones víctimes. (Obligatori)

2.11 Es disposa d'un pla de lluita contra les agressions als professionals. (Obligatori)

2.12 S'identifiquen les titulacions i especialitats dels professionals sanitaris de l'organització i es disposa d'un procediment per actualitzar-les. (Obligatori)

2.13 Es disposa d'un pla de formació continuada. (Obligatori)

2.14 Es disposa d'una estratègia de formació sanitària especialitzada i de pregrau. (Recomanable)

2.15 Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals als programes de formació continuada sobre qualitat. (Obligatori)

2.16 Es disposa d'un pla de formació i d'integració dels professionals de nova incorporació. (Obligatori)

2.17 S'avalua l'impacte dels programes de formació i desenvolupament de les persones. (Recomanable)

2.18 Es disposa de mecanismes de comunicació interna ascendent i descendent. (Obligatori)

2.19 Es fomenten estructures i mecanismes de participació dels professionals en la definició dels objectius. (Obligatori)

2.20 Es disposa de comissions i reglaments d'aquells òrgans participatius amb funció assessora que permeten tractar aspectes com la qualitat, la seguretat, la bioètica, etc. (Obligatori)

2.21 Es disposa d'un sistema de reconeixement i recompensa per als professionals que participen en la millora de la qualitat i en el compliment dels objectius. (Recomanable)

2.22 L'organització disposa de mecanismes de sanció. (Recomanable)

2.23 Hi ha establert i s'aplica un sistema de beneficis socials i altre tipus de beneficis per als treballadors. (Recomanable)

2.24 Es disposa de recursos humans necessaris per garantir la presència física durant l'horari d'assistència. (Obligatori)

2.25 Es disposa de sistemes d'informació que permeten controlar l'absentisme i el grau de cobertura de la plantilla teòrica. (Obligatori)

Categoria III. Aliances i recursos

3.1 Es disposa d'una política per a l'establiment d'aliances amb altres organitzacions. (Obligatori)

3.2 L'organització planifica les activitats de comparació de l'activitat assistencial (*benchmarking*) per tal de permetre la comparabilitat externa. (Recomanable)

3.3 Es disposa d'un procediment per a l'adquisició de material, basat en l'evidència científicotècnica i en la seguretat. (Obligatori)

- 3.4 Es disposa d'una sistemàtica per assegurar la certificació de qualitat dels productes sanitaris. (Obligatori)
- 3.5 Es disposa d'un pla per a la millora de les relacions amb els proveïdors. (Recomanable)
- 3.6 S'inclouen com a elements indispensables en les compres de mobiliari els sistemes de seguretat i de contenció per prevenir les lesions dels pacients. (Obligatori)
- 3.7 Es disposa d'un pla de seguretat actualitzat per a l'edifici en relació amb les catàstrofes (incendi, explosió, etc.) en què es defineix la senyalització i l'evacuació dels treballadors i dels pacients. (Obligatori)
- 3.8 Es disposa d'un programa de control dels aparells i dels equips d'electromedicina. (Obligatori)
- 3.9 Es dissenya el centre tenint en compte els criteris d'accessibilitat, adaptabilitat i seguretat dels usuaris, familiars i personal. (Obligatori)
- 3.10 Es dissenyen els nous espais de manera que faciliten la intimitat, la confidencialitat i el confort (temperatura, humitat, qualitat de l'aire, lluminositat, etc.). (Obligatori)
- 3.11 Es disposa d'àrees de dol per a familiars i acompanyants. (Obligatori)
- 3.12 Es disposa d'un pla de manteniment de l'edifici i les instal·lacions. (Obligatori)
- 3.13 Es controlen les caducitats i les condicions d'emmagatzematge del material fungible i fàrmacs que s'emmagatzemen a les unitats. (Obligatori)
- 3.14 Es disposa d'un sistema de control i gestió de medicaments, productes sanitaris i altres productes farmacèutics que assegura la disponibilitat d'existències per prestar l'assistència sanitària. (Obligatori)
- 3.15 L'organització disposa d'un pressupost anual d'ingressos i despeses alineat amb els objectius. (Obligatori)
- 3.16 S'assegura la transparència de l'organització quant a l'activitat i els resultats assistencials. (Recomanable)
- 3.17 S'identifiquen les condicions d'accessibilitat al centre (transport públic, places de pàrquing de pagament i gratuïtes, etc.). (Recomanable)
- 3.18 El centre disposa d'un pla d'inversions a curt, mitjà i llarg termini. (Recomanable)
- 3.19 Es disposa d'una pòlissa vigent d'assegurança o autoassegurança que cobreix els riscos d'indemnitzacions en cas de sinistres i lesions a usuaris per la praxi professional, negligència o errades en l'organització. (Obligatori)
- 3.20 Es disposa de circuits diferenciats per al transport intern de material brut i net. (Obligatori)
- 3.21 Es disposa de mitjans que assegurin una continuïtat del subministrament d'aigua, energies i comunicacions. (Obligatori)
- 3.22 Es disposa d'un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes. (Obligatori)
- 3.23 Es compleix la normativa vigent per protegir les dades de caràcter personal. (Obligatori)
- 3.24 Es disposa d'un procediment per garantir la seguretat dels béns personals dels pacients. (Obligatori)
- 3.25 Es disposa d'un pla de minimització de l'impacte ambiental. (Obligatori)

Categoria IV. Metodologia

- 4.1 Es disposa de la cartera de serveis identificada, comunicada i autoritzada per part de l'autoritat competent. (Obligatori)
- 4.2 S'identifiquen els processos, els processos clau i els subprocessos de l'organització, en què es detalla l'itinerari dels pacients de les activitats d'urgències, l'activitat ambulatoria, l'hospitalització, l'atenció quirúrgica i les proves complementàries. (Recomanable)
- 4.3 S'identifiquen, per als processos clau, els elements d'entrada d'aquests, incloent-hi la competència professional, la documentació associada, l'equipament que s'ha d'utilitzar i els requeriments associats a l'ambient de treball. (Recomanable)
- 4.4 S'identifiquen els processos assistencials susceptibles d'aplicar-hi una metodologia d'innovació de processos. (Recomanable)
- 4.5 Es disposa i s'implanta un protocol únic per a la identificació inequívoca de pacients. (Obligatori)
- 4.6 Durant el procés assistencial es té identificada la persona responsable de l'atenció. (Obligatori)
- 4.7 Es disposa de procediments d'acolliment dels pacients a les unitats d'hospitalització. (Obligatori)
- 4.8 S'assegura el compliment de la Llei d'autonomia del pacient pel que fa al contingut i a la gestió de la història clínica. (Obligatori)
- 4.9 S'obté el consentiment informat per escrit en els casos d'intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, en els procediments que suposin riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient. (Obligatori)
- 4.10 Es disposa de mecanismes que permetin identificar els pacients que han fet una declaració de voluntats anticipades. (Obligatori)
- 4.11 Es disposa i s'implanta un protocol d'atenció a persones amb necessitats pal·liatives. (Obligatori)
- 4.12 Es disposa i s'implanta un protocol per al maneig de pacients amb dolor. (Obligatori)
- 4.13 Es disposa i s'implanta un protocol de prevenció de caigudes de pacients. (Obligatori)
- 4.14 Es disposa i s'implanta un protocol o guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de les lesions per pressió. (Obligatori)
- 4.15 Es disposa i s'implanta un protocol per a la identificació i conciliació de tractaments previs dels pacients. (Obligatori)
- 4.16 Es disposa i s'implanten procediments documentats per al control i l'aïllament de pacients. (Obligatori)
- 4.17 Es disposa i s'implanta un procediment per a la indicació de contenció mecànica. (Obligatori)
- 4.18 Es disposa d'un pla de reducció de les infeccions. (Obligatori)
- 4.19 Es disposa de procediments per a l'actuació davant possibles epidèmies. (Obligatori)
- 4.20 S'apliquen les guies de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut o autonòmiques. (Recomanable)
- 4.21 Es disposa i s'implanta un procediment del procés quirúrgic. (Obligatori)
- 4.22 Es documenten i es desenvolupen vies clíniques. (Recomanable)

- 4.23 S'apliquen els estàndards i les recomanacions del Sistema Nacional de Salut. (Recomanable)
- 4.24 S'implanta un sistema de gestió de la sang i dels derivats. (Obligatori)
- 4.25 Es disposa i s'implanta un protocol de trasllat a altres hospitals de mitjana o llarga estada o a hospitals concertats. (Obligatori)
- 4.26 Es minimitza el temps de resposta en els processos assistencials prioritaris segons la normativa aplicable. (Obligatori)
- 4.27 Es disposa d'un pla de gestió que asseguri el compliment dels registres sanitaris oficials. (Obligatori)
- 4.28 L'organització disposa de mecanismes per comunicar a l'autoritat sanitària corresponent la informació que sigui important per a estudis epidemiològics. (Obligatori)
- 4.29 Es disposa de mecanismes d'avaluació de la pràctica assistencial. (Obligatori)
- 4.30 Es disposa i s'implanta un protocol que assegura un correcte emmagatzematge i distribució de medicaments. (Obligatori)
- 4.31 Es disposa de procediments per prescriure, validar, dispensar i administrar medicaments. (Obligatori)
- 4.32 S'implanten sistemes automatitzats de prescripció i dispensació de medicaments. (Recomanable)
- 4.33 Es disposa d'una guia farmacoterapèutica. (Obligatori)
- 4.34 Es documenta la preparació de medicaments als serveis de farmàcia. (Obligatori)
- 4.35 S'implanten pràctiques per a l'ús segur de medicaments. (Obligatori)
- 4.36 S'implanta un sistema de notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos o incidents, anònim, no punitiu i àgil, i es treballa amb metodologia de gestió de riscos. (Obligatori)
- 4.37 Es disposa i s'implanten mecanismes d'identificació i seguiment d'al·lèrgies i intoleràncies dels pacients. (Obligatori)
- 4.38 Es codifiquen tots els diagnòstics i procediments mitjançant la versió oficial que estableix el Comitè Tècnic del CMBD del Sistema Nacional de Salut, d'acord amb la normativa vigent aplicable. (Obligatori)
- 4.39 S'emet un informe d'alta amb tota la informació requerida. (Obligatori)
- 4.40 S'emet un informe de cures d'infermeria en el moment de l'alta. (Recomanable)
- 4.41 S'identifiquen els processos no assistencials i els fluxos d'activitat i documentació o informació associats dels processos que detallen la gestió de les cites, els ingressos, la programació quirúrgica i la llista d'espera i dels processos de suport assistencial. (Recomanable)
- 4.42 Es disposa d'un procediment per protegir pacients en casos de violència de gènere o altres. (Obligatori)
- 4.43 S'introdueixen millores en els processos d'acord amb les necessitats i expectatives dels pacients o grups d'interès. (Obligatori)
- 4.44 Es fan auditories periòdiques per analitzar els processos definits. (Recomanable)
- 4.45 Es disposa i s'implanta una sistemàtica per elaborar, revisar i actualitzar tots els protocols assistencials, guies de pràctica clínica i processos assistencials. (Obligatori)
- 4.46 Es disposa d'un sistema d'informació i de comunicació per a pacients i usuaris. (Obligatori)
- 4.47 Es disposa i s'implanta un protocol d'informació a pacients i a familiars. (Obligatori)
- 4.48 Es disposa de programes de formació específics per a pacients i cuidadors amb la finalitat d'aconseguir-ne la participació activa en les decisions i els processos d'atenció. (Recomanable)
- 4.49 Es disposa i s'implanta un protocol d'actuació per a la informació i comunicació dels pacients amb discapacitats sensorials. (Obligatori)
- 4.50 Es disposa i s'implanta un pla d'atenció telefònica. (Obligatori)
- 4.51 Es facilita l'accés a la història clínica a la ciutadania. (Obligatori)
- 4.52 Es fan enquestes de satisfacció i experiència de pacients i ciutadans mitjançant un sistema autoritzat, validat i representatiu. (Obligatori)
- 4.53 Es disposa d'altres mitjans per obtenir informació relativa a la satisfacció de pacients. (Recomanable)
- 4.54 Hi ha establert un sistema que permet a pacients i ciutadans fer suggeriments i reclamacions. (Obligatori)
- 4.55 El centre hospitalari promou la donació voluntària de sang i les fraccions d'aquesta, així com la d'òrgans i teixits. (Obligatori)
- 4.56 Es disposa d'un pla de desenvolupament de l'R+D+I. (Obligatori)
- 4.57 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat desenvolupada als laboratoris. (Obligatori)
- 4.58 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat de les unitats de diàlisi. (Obligatori)
- 4.59 Es disposa de mitjans que assegurin una alimentació adequada i segura per a l'atenció al pacient i que recull aspectes dietètics, culturals, religiosos, etc., i que té en compte l'estat de salut i el risc de malnutrició del pacient. (Obligatori)

Categoria V. Resultats

Resultats: persones

- 5.1-1. Es quantifiquen i s'avaluen els recursos humans de l'organització. (Obligatori)
- 5.1-2. Es quantifica i s'avalua la participació i la satisfacció dels treballadors. (Recomanable)
- 5.1-3. Es quantifica i s'avalua l'absentisme i les baixes laborals. (Obligatori)
- 5.1-4. Es quantifiquen i s'avaluen els accidents laborals. (Obligatori)
- 5.1-5. Es quantifiquen i s'avaluen les agressions patides pels professionals. (Obligatori)
- 5.1-6. Es quantifica i s'avalua la distribució del personal. (Recomanable)
- 5.1-7. Es quantifica i s'avalua l'oferta i l'ús dels beneficis socials. (Recomanable)

- 5.1-8. Es quantifica i s'avalua l'oferta i la participació dels professionals en formació. (Recomanable)
- 5.1-9. Es quantifica i s'avalua la participació dels treballadors de l'organització en equips de millora. (Recomanable)
- 5.1-10. Es quantifica i s'avalua la política d'igualtat. (Obligatori)

Resultats: usuaris

- 5.2-1 Es quantifica i s'avalua la satisfacció dels pacients i familiars que acudeixen als centres hospitalaris. (Obligatori)
- 5.2-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les intervencions quirúrgiques. (Obligatori)
- 5.2-3 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les consultes amb els metges especialistes. (Obligatori)
- 5.2-4 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les proves diagnòstiques. (Obligatori)
- 5.2-5 Es quantifica i s'avalua el temps d'espera dels processos oncològics més prioritaris. (Obligatori)
- 5.2-6 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat a urgències. (Obligatori)
- 5.2-7 Es quantifica i s'avalua l'ús dels serveis sanitaris. (Obligatori)
- 5.2-8 Es quantifiquen i s'avaluen els reingressos globals i els de determinats procediments. (Obligatori)
- 5.2-9 Es quantifica i s'avalua la mortalitat global i la de determinats procediments. (Obligatori)
- 5.2-10 Es quantifica i s'avalua la supervivència després del càncer. (Recomanable)
- 5.2-11 Es quantifica i s'avalua la supervivència del trasplantament d'òrgans al cap d'1 i 3 anys. (Recomanable)
- 5.2-12 Es quantifiquen i s'avaluen les complicacions i els resultats quant a la seguretat del pacient. (Obligatori)
- 5.2-13 Es quantifica i s'avalua la variabilitat de la pràctica clínica i la pertinència de determinats procediments. (Recomanable)
- 5.2-14 Es quantifiquen i s'avaluen les hospitalitzacions potencialment evitables. (Recomanable)

Resultats: societat

- 5.3-1 Es quantifica i s'avalua l'impacte ambiental. (Recomanable)
- 5.3-2 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a organitzacions humanitàries. (Recomanable)
- 5.3-3 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a associacions de malalts. (Recomanable)
- 5.3-4 Es quantifiquen i s'avaluen els premis rebuts, els reconeixements i les certificacions relacionades amb la bona pràctica assistencial. (Recomanable)
- 5.3-5 Es quantifiquen i s'avaluen les queixes, les reclamacions judicials i les demandes patrimonials, presentades per pacients i famílies, proveïdors, associacions, etc. (Recomanable)
- 5.3-6 Es quantifiquen i s'avaluen les aparicions i mencions en mitjans de comunicació nacional o local a conseqüència de les activitats rellevants. (Recomanable)
- 5.3-7 Es quantifica i s'avalua la tasca de l'organització pel que fa a la investigació. (Recomanable)

Resultats: clau

- 5.4-1 Es quantifica i s'avalua l'activitat que realitza el centre. (Obligatori)
- 5.4-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat general a l'assistència que es presta als centres hospitalaris. (Obligatori)
- 5.4-3 Es quantifica i s'avalua l'estada mitjana. (Obligatori)
- 5.4-4 Es quantifica i s'avalua la complexitat que atén el centre hospitalari. (Obligatori)
- 5.4-5 Es quantifica i s'avalua la gestió econòmica que fa el centre. (Obligatori)
- 5.4-6 Es quantifica i s'avalua la gestió del centre. (Recomanable)