

està al corrent de les obligacions tributàries i de la Seguretat Social davant l'Administració de l'Estat i de les obligacions tributàries davant la Hisenda autonòmica.

- Conservar els documents justificatius de l'aplicació dels fons percebuts, inclosos els documents electrònics, mentre puguin ser objecte d'actuacions de comprovació i control.

- Reintegrar els fons percebuts en els supòsits prevists en l'article 44 del Decret legislatiu 2/2005.

Article 7

Règim de justificació

1. El Consell Insular d'Eivissa ha de justificar el compliment de les condicions imposades, la realització de l'activitat i la consecució dels objectius prevists mitjançant l'aportació de la documentació justificativa de l'activitat subvencionada que s'indica a continuació:

a) Memòria de les activitats realitzades a l'Escola durant l'any 2010, incloent-hi el desglossament dels capítols del pressupost liquidat.

b) Informe de la Intervenció del Consell Insular d'Eivissa amb la informació següent:

- Dades identificatives de l'entitat beneficiària del projecte subvencionat, així com de la persona signant de l'informe de justificació.

- Manifestació expressa acreditativa de la veracitat i la regularitat de la documentació justificativa.

- Relació detallada identificativa dels documents justificants, com també de la data de pagament.

Es considera despesa efectuada la que s'hagi pagat efectivament dins el termini de justificació establert.

2. El termini per haver duit a terme l'activitat és de l'1 de gener de 2010 al 31 de desembre de 2010.

3. El termini per justificar que s'ha complert la finalitat de la subvenció i que s'ha duit a terme l'activitat subvencionada és fins al 31 d'octubre de 2012.

Article 8

Reintegrament de la subvenció

Pertoca reintegrar totalment o parcialment les quantitats percebudes i exigir l'interès de demora des del moment del pagament de la subvenció fins a la data de la resolució per la qual s'acordi el reintegrament en els casos establerts en l'article 44 del Decret legislatiu 2/2005.

Disposició final

Aquest Decret entra en vigor el mateix dia que es publiqui en el *Butlletí Oficial de les Illes Balears*.

Palma, 1 de juny de 2012

El president

José Ramón Bauzá Díaz

El conseller d'Educació, Cultura i Universitats

Rafael Àngel Bosch i Sans

— o —

CONSELLERIA DE SALUT, FAMÍLIA I BENESTAR SOCIAL

Num. 11054

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 Autonòmica d'Accreditació dels Centres Sanitaris de les Illes Balears i s'aprova el programa d'acreditació d'hospitals

La Constitució espanyola, en l'article 43, reconeix a tots els ciutadans el dret a la protecció de la salut i responsabilitza els poders públics de l'organització i la tutela de la salut pública.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, estableix en l'article 29

que els centres i els establiments sanitaris, sigui quin sigui el seu nivell i la seva categoria o titular, necessiten autorització administrativa prèvia per a la seva instal·lació i funcionament, com també per a les modificacions que respecte de la seva estructura i règim inicial es puguin establir.

Per una part, la Llei esmentada, en l'article 90, estableix que les administracions públiques sanitàries, en l'àmbit de les seves respectives competències, poden establir concerts per a la prestació de serveis sanitaris amb mesures que els són alienes. A aquests efectes, la Llei determina que són les administracions públiques les que han de fixar els requisits i les condicions mínimes, bàsiques i comunes, aplicables als concerts esmentats, com també que els centres sanitaris susceptibles de ser concertats han de ser prèviament homologats per les administracions públiques, d'acord amb un protocol definit per l'administració competent, que pot ser revisat periòdicament.

D'altra banda, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, en l'article 2, recull com un dels seus principis informadors la prestació d'una atenció integral a la salut, comprensiva tant de la seva promoció com de la prevenció de malalties, de l'assistència i de la rehabilitació, procurant un alt nivell de qualitat. Així mateix, l'article 59 consagra el principi que la millora de la qualitat del sistema sanitari en conjunt ha de presidir les actuacions de les institucions sanitàries públiques i privades. Així, en els articles 28.1 i 29 disposa que les comunitats autònomes han de garantir la qualitat de les prestacions, i que aquestes garanties de qualitat són aplicables a tots els centres, públics i privats, i és responsabilitat de les administracions públiques sanitàries vetlar pel seu compliment.

En l'àmbit autonòmic, l'Estatut d'autonomia de 2007, 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, com també la coordinació de la sanitat privada amb el sistema sanitari públic.

També 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, a la qual cosa l'article 34 afegeix que l'Administració sanitària ha de vetlar pel compliment d'aquests programes pels serveis i els centres assistencials.

L'establiment dels plans de qualitat sanitària, la definició d'estàndards i dels criteris de qualitat i dels sistemes d'avaluació i acreditació dels centres sanitaris correspon a la Direcció General de Salut Pública i Consum, segons el Decret 12/2011, de 18 de juny, del president 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, i l'Ordre d'11 d'abril de 2002, que determina les funcions de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

La finalitat d'aquest Decret és regular el procediment formal d'acreditació sanitària, a la comunitat autònoma de les Illes Balears, dels centres sanitaris, amb l'objecte de certificar i garantir als ciutadans uns nivells adequats de qualitat i seguretat en les prestacions que s'hi realitzin i, a més, disposar d'una eina per al desenvolupament dels objectius establerts en el II Pla Estratègic de Qualitat del Govern de les Illes Balears 2007-2014, com també altres plans que, en el futur, estan relacionats amb la matèria. Així mateix, constitueix l'objecte d'aquest Decret, com un primer pas dins el procés d'acreditació de centres sanitaris, l'aprovació del corresponent programa d'acreditació dels hospitals.

D'altra banda, i amb la finalitat d'assegurar el coneixement generalitzat per tots els ciutadans dels centres i dels establiments acreditats per la Conselleria de Salut i Consum, com també el seu grau d'acreditació sanitària, es modifica el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris, en què s'ha de practicar l'assentament de les resolucions corresponents.

Finalment, es crea la Comissió Autonòmica d'Accreditació de Centres i Serveis Sanitaris de les Illes Balears, com a òrgan col·legiat amb funcions d'assessorament i proposta en relació amb els estàndards i els indicadors de referència que han de regir l'acreditació sanitària i que han de ser homologats amb els establerts en l'àmbit estatal i europeu, a fi d'aconseguir el reconeixement nacional i internacional dels nostres centres sanitaris.

Per tot això, a proposta de la consellera de Salut, Família i Benestar Social, d'acord amb el Consell Consultiu de les Illes Balears, amb el dictamen previ del Consell Econòmic i Social, i havent-ho considerat el Consell de Govern en la sessió de dia 1 de juny 2012,

DECRET**Capítol I****Disposicions generals****Article 1****Objecte i àmbit d'aplicació**

1. Aquest Decret té per objecte:

a) Regular el procediment d'acreditació sanitària basat en l'autoavaluació interna, que promogui la participació dels professionals, la millora contínua i l'avaluació final externa d'acord amb estàndards i indicadors prèviament establerts aplicables als centres i als establiments sanitaris, públics i privats, del sistema sanitari de la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Tot això a fi de canalitzar les estratègies de qualitat en matèria sanitària mitjançant l'aprovació dels corresponents programes d'acreditació sanitària.

b) Crear la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, com a òrgan col·legiat adscrit a la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

2. L'àmbit d'aplicació del Decret el constitueixen els centres i els establiments sanitaris, públics i privats, del sistema sanitari de la comunitat autònoma de les Illes Balears, d'acord amb la classificació i les definicions establertes en els annexos I i II del Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, que estableix les bases generals sobre autorització de centres i establiments sanitaris.

Article 2**Exclusions**

Queden exclosos de l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret els centres i els establiments que s'indiquen a continuació, els quals s'han de regir per la seva normativa específica:

a) Les oficines de farmàcia, les farmàcies i els establiments dedicats a la distribució, la importació, l'elaboració o la fabricació, si escau, de medicaments o productes sanitaris.

b) Els serveis i les unitats tècniques de protecció radiològica, com també la certificació de programes de garantia de qualitat en instal·lacions de radio-diagnòstic, radioteràpia i medicina nuclear.

c) Les consultes mèdiques i les consultes d'altres professionals sanitaris.

d) Els serveis de prevenció de riscos laborals.

e) Els centres sanitaris dedicats a la pràctica d'activitats d'extracció i trasplantaments d'òrgans o teixits.

f) Els centres d'interrupció voluntària de l'embaràs.

g) Els centres de reconeixement destinats a verificar les aptituds psicofísiques dels conductors.

h) Tots els centres, serveis i establiments sanitaris per als quals la seva normativa específica d'aplicació estableixi un procediment concret.

Article 3**Definicions**

Als efectes d'aquest Decret s'estableixen les definicions de les eines de mesurament de la qualitat següents:

a) Autoavaluació de la qualitat sanitària: procés pel qual un centre, servei o establiment sanitari fa, pels seus propis professionals, una valoració global, sistemàtica i periòdica de les seves activitats i resultats, d'acord amb uns requisits prèviament establerts, i que culmina amb la formalització del corresponent informe d'autoavaluació.

b) Acreditació: reconeixement administratiu del nivell de qualitat d'un centre sanitari, després de l'avaluació externa i independent d'aquest, feta d'acord amb estàndards i indicadors de referència establerts prèviament en el corresponent programa d'acreditació sanitària.

c) Avaluació: comprovació que les activitats desenvolupades han proporcionat els efectes desitjats.

d) Manual d'autoavaluació: guia que recull, segons sigui el cas, els aspectes, les accions, les responsabilitats, els indicadors i les fórmules, etc., exigibles a cadascun dels estàndards que formen els programes d'acreditació, i són aquests els criteris emprats per a la seva avaluació.

e) Marc de qualitat: conjunt de requisits, mètodes, indicadors, extrets de directrius legals, plans estratègics, bones pràctiques, etc., que englobin la gestió de la qualitat en uns marges que permetin la comparació de resultats i procediments.

Article 4**Graus d'acreditació sanitària**

1. L'acreditació sanitària de centres, serveis i establiments sanitaris inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret es fa d'acord amb els estàndards i els indicadors que es determinen en els corresponents programes d'acreditació sanitària que s'aproven. En cada programa només són d'aplicació els estàndards relatius a la cartera de serveis que tenguí autoritzada cada centre, o els relatius a l'activitat desenvolupada, en el cas d'establiments.

2. L'òrgan competent pot concedir l'acreditació sanitària en algun dels graus següents:

a) Acreditació sanitària de nivell I.

b) Acreditació sanitària de nivell II.

c) Acreditació sanitària de nivell III.

3. Per a l'obtenció dels diferents graus d'acreditació sanitària, és necessari el compliment dels estàndards següents:

a) Grau d'acreditació sanitària de nivell I: és necessari el compliment del 100 % dels estàndards obligatoris i fins al 50 % dels estàndards recomanables.

b) Grau d'acreditació sanitària de nivell II: és necessari el compliment del 100 % dels estàndards obligatoris i un percentatge superior al 50 % i fins al 75 % dels estàndards recomanables.

c) Grau d'acreditació sanitària de nivell III: és necessari el compliment del 100 % dels estàndards obligatoris i, com a mínim, més del 75 % dels estàndards recomanables.

4. Els estàndards s'han d'entendre complerts quan, a la vegada, el centre, el servei o l'establiment sanitari compleixi els diferents criteris d'avaluació o els indicadors vinculats als estàndards de resultat que es detallen en els corresponents manuals d'avaluació.

Article 5**Programes, estàndards i indicadors d'acreditació sanitària**

1. La consellera de Salut, Família i Benestar Social, 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.

2. Els programes d'acreditació sanitària comprenen els estàndards i els indicadors que, definits per a un determinat conjunt de centres o establiments sanitaris, serveixen de base al procés d'acreditació sanitària i les recomanacions tècniques que són d'aplicació per dur a terme el procediment d'acreditació esmentat.

3. Els estàndards i els indicadors estan agrupats en diverses categories inspirades en el model d'excel·lència.

4. Els estàndards, que han de ser tant de caràcter obligatori com recomanable, són el conjunt d'expectatives predeterminades per l'autoritat competent que descriu el nivell acceptable d'actuació d'una organització.

5. Els indicadors es defineixen com la mesura objectiva d'un paràmetre que, al llarg del temps, proporciona la informació necessària sobre un procés o un producte relacionat amb la qualitat, el rendiment, la sostenibilitat, la seguretat, etc.

Capítol II**Autoavaluació i procediment d'acreditació sanitària****Article 6****Obligacions**

1. Els centres, els serveis i els establiments sanitaris inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret que siguin dependents del Servei de Salut de les Illes Balears s'han de sotmetre, atesos els respectius programes d'acreditació, al corresponent procediment d'acreditació per a l'obtenció, com a mínim, del grau d'acreditació sanitària de nivell I.

2. Els centres, els serveis i els establiments sanitaris, de caràcter privat, inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret han de tenir, com a mínim, l'acreditació sanitària de nivell I per poder establir concerts amb el Servei de Salut de les Illes Balears per a la prestació de serveis sanitaris.

Article 7**Autoavaluació de la qualitat sanitària**

1. Com a pas previ i preceptiu al procediment d'acreditació sanitària, el centre, servei o establiment sanitari s'ha de sotmetre a un procés d'autoavaluació per part dels propis professionals, amb l'objecte d'obtenir un diagnòstic sobre la seva situació i emprendre les accions de millora necessàries per garantir el compliment del nivell adequat dels estàndards d'acreditació sanitària.

L'informe resultant de l'autoavaluació ha de tenir una validesa de sis mesos des de la data en què es formalitzi.

2. La Direcció General de Salut Pública i Consum ha de posar a disposició dels interessats les eines informàtiques necessàries per fer l'autoavaluació, com també el manual d'autoavaluació amb les instruccions necessàries per a la seva execució, en el mateix moment en el qual s'aproven els diferents programes d'acreditació que serveixen de base per a l'acreditació de centres, serveis i establiments inclosos en l'àmbit d'aquest Decret.

3. Els resultats del procés d'autoavaluació tenen efectes interns per a l'ens sanitari del qual es tracta, excepte que s'iniciï el procediment d'acreditació de la qualitat sanitària.

4. El procés d'autoavaluació no ha de suposar en cap cas l'inici de cap procediment administratiu per al centre, servei o establiment sanitari.

Article 8**Requisits per a l'acreditació sanitària**

1. Els centres, serveis i establiments sanitaris han de complir necessàriament les condicions i els requisits següents per poder obtenir la corresponent acreditació sanitària:

a) Tenir l'autorització sanitària de funcionament i, si escau, la de les modificacions que s'hagin produït, la qual cosa s'ha de comprovar d'ofici.

b) Estar degudament inscrits en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de les Illes Balears, la qual cosa s'ha de comprovar d'ofici.

c) Haver fet el procés d'autoavaluació, haver planificat les accions de millora necessàries i disposar de l'informe d'autoavaluació que ha de comprendre el resultat de l'autoavaluació i les accions de millora que s'han d'implantar.

2. No poden obtenir l'acreditació sanitària els centres o els establiments sanitaris que hagin estat sancionats amb caràcter ferm per la comissió d'una infracció greu o molt greu, d'acord amb el que preveu la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, o mentre que estiguin subjectes a alguna de les mesures cautelars previstes en aquesta Llei.

La Direcció General de Salut Pública i Consum ha de comprovar d'ofici que l'interessat no es troba en cap de les situacions esmentades en el paràgraf anterior.

3. La restricció prevista en l'apartat 2 d'aquest article ha d'operar:

a) Mentre subsisteixin les circumstàncies que en cada cas la determina.

b) En els supòsits de sanció per comissió d'infraccions greus, durant el termini de 6 mesos.

c) En els supòsits de sanció per comissió d'infraccions molt greus, durant el termini d'un any, excepte que s'hagi acordat el tancament temporal o la suspensió temporal per un termini superior en el cas del qual s'ha d'atendre en el període fixat en la resolució que posi fi al procediment sancionador.

En els supòsits esmentats en els punts b) i c), s'ha d'exigir, a més, que es doni compliment a les sancions que s'han imposat.

Article 9**Procediment per a l'obtenció de l'acreditació de la qualitat sanitària**

1. Una vegada feta l'autoavaluació, el titular o el representant legal del centre, servei o establiment sanitari interessat pot sol·licitar l'acreditació sanitària, i ha d'especificar el grau d'acreditació sanitària el reconeixement del qual s'instà.

2. La sol·licitud, adreçada al director general de Salut Pública i Consum, s'ha de presentar en el Registre General de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social o en qualsevol de les altres formes establertes en l'article 38.4 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions

públiques i del procediment administratiu comú.

La sol·licitud d'acreditació sanitària ha de dur adjunta la documentació següent:

a) Informe d'autoavaluació.

b) El document acreditatiu de l'abonament de les taxes corresponents.

c) Una altra documentació exigida reglamentàriament, en funció del tipus d'activitat que s'ha de desenvolupar i del programa que li sigui d'aplicació.

3. Una vegada revisada la documentació presentada, es pot requerir l'interessat perquè, en un termini no superior a 10 dies hàbils, esmeni les deficiències o les omissions trobades o hi annexi els documents preceptius, amb indicació que, si no ho fa així, es considera que desisteix de la seva petició, amb la notificació prèvia de la resolució corresponent.

Article 10**Avaluació**

1. Una vegada rebuda la sol·licitud, s'ha de procedir a la comprovació del compliment dels estàndards i dels indicadors d'acreditació sanitària inclosos en els corresponents programes d'acreditació i altres requisits que hi siguin d'aplicació. Ateses aquestes comprovacions, s'ha d'emetre un informe tècnic d'avaluació, en el qual ha de quedar reflectida la situació del centre, servei o establiment sanitari, el nivell de compliment dels criteris i la proposta, si escau, d'acreditació sanitària. L'Administració ha de fer les comprovacions i emetre l'informe tècnic d'avaluació en un termini de tres mesos.

2. Les comprovacions assenyalades en l'apartat 1 d'aquest article i l'informe tècnic d'avaluació els ha de fer el personal de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, que pot ser assistit per experts designats per la Direcció General de Salut Pública i Consum, que han d'actuar amb independència de l'ens auditat.

3. La Direcció General de Salut Pública i Consum pot fer convocatòries per a la selecció d'experts, que han de ser designats per aquesta mateixa Direcció, amb la valoració prèvia de la seva idoneïtat per la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears.

4. En cas de ser apreciades anomalies o deficiències esmenables en els centres, els serveis o els establiments sanitaris sotmesos a acreditació sanitària, s'ha de concedir motivadament un termini per esmenar-les, que s'ha d'establir en relació amb la naturalesa d'aquestes i que no ha de ser superior a tres mesos.

5. Una vegada finalitzat l'informe tècnic d'avaluació, s'ha de concedir un tràmit d'audiència i donar als interessats un termini de 15 dies hàbils perquè efectuin les al·legacions que estimin pertinents, d'acord amb el que preveu l'article 84 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic i procediment administratiu comú.

Article 11**Proposta de resolució**

Atès l'informe tècnic d'avaluació emès i atesa la documentació que consta a l'expedient, la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, una vegada complert el tràmit d'audiència dels interessats segons el que preveu l'article 10, ha d'eleva la proposta de resolució al director general de Salut Pública i Consum perquè dicti la resolució corresponent.

Article 12**Resolució**

1. El director general de Salut Pública i Consum ha de resoldre atorgant o denegant l'acreditació sanitària mitjançant una resolució que ha de ser notificada a l'interessat. En la resolució s'ha d'especificar el termini de vigència i el grau o el nivell concedit.

2. El director general de Salut Pública i Consum pot atorgar una acreditació condicionada, de manera que en la resolució es fixi un termini no superior a sis mesos per a l'esmena de determinats aspectes o l'execució d'un pla de millora. En el supòsit que l'esmena no es produeixi o no s'executi el pla de millora en el termini concedit, s'ha de dictar una resolució de revocació de l'acreditació.

3. L'acreditació s'entén atorgada sens perjudici de qualsevol altra autorització que en cada cas exigeix la normativa vigent.

4. El termini màxim per dictar i notificar la resolució ha de ser com a màxim de sis mesos, des de l'entrada de la sol·licitud en el Registre de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social. Aquest termini s'ha d'interrompre per les causes establertes en la legislació vigent.

5. Un cop transcorregut aquest termini màxim per dictar i notificar la resolució sense que aquesta s'hagi produït, els interessats poden entendre estimades per silenci administratiu les seves sol·licituds, d'acord amb el que disposa l'article 43.2 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.

Article 13 **Inscripció i identificació**

1. Les resolucions favorables s'han d'inscriure d'ofici en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

2. Una vegada feta la inscripció corresponent, l'òrgan competent ha d'emetre un document justificatiu de l'acreditació sanitària obtinguda per a la seva exposició en un lloc visible per al públic, de manera que els ciutadans puguin tenir coneixement que el centre, servei o establiment sanitari ha obtingut l'acreditació sanitària en el grau que correspongui.

Article 14 **Vigència i renovació de l'acreditació sanitària**

1. L'acreditació sanitària s'ha d'atorgar per quatre anys i ha d'estar subjecta a les verificacions que es considerin oportunes. Quan aquest termini hagi vençut ha de ser objecte de renovació, d'acord amb el procediment establert per al seu atorgament inicial. La sol·licitud de renovació s'ha de formular amb una antelació mínima de sis mesos respecte de la data límit de la vigència.

2. A la sol·licitud de renovació s'ha d'annexar la documentació exigida per a la sol·licitud d'acreditació sanitària esmentada en l'article 9.2. No obstant això, no és necessari adjuntar a la sol·licitud de renovació els documents que ja consten en poder de l'Administració el contingut dels quals no hagi estat objecte de modificació.

3. Si no se sol·licita oportunament la renovació, l'Administració sanitària ha de requerir al centre o a l'establiment sanitari la sol·licitud de renovació i la documentació pertinent, i en cas de no presentar-la s'ha d'entendre la renúncia a la renovació. En aquest cas, l'òrgan competent, amb audiència prèvia de l'interessat, ha de dictar una resolució en què es declari la caducitat de l'acreditació sanitària. Aquesta resolució s'ha d'inscriure d'ofici en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

4. La resolució que acorda la caducitat de l'acreditació ha de ser notificada per l'òrgan competent al Servei de Salut de les Illes Balears.

5. Els concerts que formalitza el Servei de Salut de les Illes Balears amb els centres, els serveis i els establiments sanitaris acreditats han de preveure els efectes que, si escau, es deriven de la caducitat de l'acreditació sanitària.

6. Abans de dia 30 de març de cada any, els centres, els serveis i els establiments acreditats han de remetre a la Direcció General de Salut Pública i Consum un informe de les accions de millora que s'han desenvolupat en el darrer any, a més dels indicadors dels resultats. Els interessats han d'elaborar l'informe amb les eines informàtiques esmentades en l'article 7. Posteriorment, l'informe ha de ser revisat pels tècnics de la Direcció General i, en funció de la informació facilitada, s'han de fer les comprovacions pertinents.

Article 15 **Revocació de l'acreditació sanitària**

1. Els centres, serveis i establiments sanitaris han de mantenir les condicions que hagin determinat l'atorgament de l'acreditació sanitària.

2. L'acreditació sanitària pot ser revocada durant el període de vigència del certificat pel director general de Salut Pública i Consum, amb la proposta motivada prèvia per part de la Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària i amb l'audiència prèvia de l'interessat, quan es comprovi l'incompliment dels requisits i de les obligacions que han motivat el seu atorgament. La revocació acordada s'ha de notificar a l'interessat i s'ha d'inscriure d'ofici en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

3. La pèrdua de l'autorització de funcionament del centre, servei o establiment sanitari ha de ser causa de revocació de l'acreditació sanitària obtinguda.

4. La resolució que acorda la revocació de l'acreditació ha de ser notificada per l'òrgan competent al Servei de Salut de les Illes Balears.

5. Els concerts que formalitza el Servei de Salut de les Illes Balears amb els centres, serveis i establiments sanitaris acreditats han de preveure els efectes que, si escau, es deriven de la revocació de l'acreditació sanitària.

Capítol III **Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears**

Article 16 **Naturalesa**

1. Es crea la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, que es configura com l'òrgan col·legiat amb funcions de proposta, d'assessorament i d'emissió d'informes preceptius en matèria d'acreditació sanitària, adscrita a la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

2. Aquest òrgan, en l'exercici de les seves funcions, disposa d'autonomia funcional i ha d'actuar amb plena independència i objectivitat i amb submissió als principis establerts en l'article 3 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, i en l'article 3 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic i del procediment administratiu comú.

Article 17 **Funcions**

Corresponen a la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris les funcions següents:

1. Proposar els estàndards i els indicadors dels programes d'acreditació sanitària i les condicions generals necessàries per a l'acreditació sanitària dels centres, serveis i establiments sanitaris.

2. Proposar la millora, la revisió o la modificació dels estàndards i dels programes aprovats.

3. Emetre informes sobre propostes de disposicions relacionades amb l'acreditació sanitària de centres, serveis i establiments sanitaris.

4. Elevar al director general de Salut Pública i Consum la proposta de resolució en relació amb la concessió, renovació o revocació de l'acreditació sanitària del centre, servei o establiment sanitari que hi opta.

5. Fer aquelles altres funcions que li siguin encomanades per la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

Article 18 **Composició**

1. La Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària ha d'estar composta pels membres següents:

a) President: una persona nomenada per la consellera de Salut, Família i Benestar Social a proposta del director general de Salut Pública i Consum.

b) Vicepresident: el cap del Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció de la Direcció General de Salut Pública i Consum.

c) Vocals: dos membres de la Direcció General de Salut Pública i Consum, designats pel seu titular; un membre de la Direcció General de Gestió Econòmica i Farmàcia, designat pel seu titular; dos membres del Servei de Salut de les Illes Balears amb competències relacionades amb l'acreditació sanitària, designats pel titular del Servei de Salut de les Illes Balears; un membre de l'àrea competent en matèria de qualitat en el Govern de les Illes Balears i un representant de les associacions d'entitats sanitàries, designat per la consellera de Salut, Família i Benestar Social d'entre els proposats per aquestes.

d) Secretari: un funcionari del grup A1, llicenciat en dret, designat per la Direcció General de Salut Pública i Consum, que ha d'actuar amb veu però sense vot.

2. Els membres de la Comissió han de conservar la seva condició mentre

ocupin el càrrec que n'ha motivat la designació.

3. La Comissió pot estar assistida, amb veu però sense vot, i amb la invitació prèvia del president d'aquesta, per representants de col·legis professionals de l'àmbit sanitari i per científics i experts de provada qualificació en matèria sanitària, vinculats o no a l'Administració autonòmica, amb l'objecte d'informar sobre els temes que s'estimin d'interès en cada cas.

4. Així mateix, poden participar en la Comissió, amb veu però sense vot, amb la invitació prèvia del president d'aquesta, els experts que, si escau, hagin estat designats per assistir el personal de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social en l'elaboració de l'informe tècnic d'avaluació, en els termes establerts en l'article 10.

5. Els membres de la Comissió, fins i tot després de cessar en el càrrec, com també els assistents a les reunions, han de guardar secret de les informacions de caràcter confidencial i estan obligats a guardar reserva de les informacions, les dades, els informes o els antecedents que coneguin com a conseqüència de l'exercici del càrrec o de l'assistència a les reunions, sense que aquestes puguin ser comunicades a tercers o ser objecte de divulgació. S'exceptuen del compliment d'aquest deure els supòsits en què les lleis en permetin la comunicació o divulgació a tercers, quan aquesta sigui degudament autoritzada per la mateixa Comissió.

6. Els membres de la Comissió s'han d'abstenir d'intervenir en el procediment en els casos prevists en la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, i en la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. Així mateix, totes les persones interessades poden promoure la recusació dels membres de la Comissió en qualsevol moment de la tramitació, d'acord amb el que disposen les lleis esmentades.

Article 19

Règim de funcionament

El règim de funcionament, convocatòria i adopció d'acords s'ha de regir pel que estableix aquest Decret i, si no és possible, pel que estableix el capítol II del títol II de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, i per la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

Article 20

Subcomissions

1. La Comissió Autonòmica d'Acreditació Sanitària ha d'actuar en ple o en les subcomissions que es constitueixin.

2. En el si de la Comissió es poden crear les subcomissions que s'estimin necessàries per a l'estudi d'aspectes concrets en la matèria i, en general, per a la realització d'informes o propostes sobre els assumptes que específicament li encomani la Comissió Autonòmica d'Acreditació Sanitària, d'acord amb les directrius i, si escau, en el termini que aquesta estableixi.

Els informes elaborats per les subcomissions que es creïn han de tenir efectes merament interns i, en cap cas, no han de substituir els informes que ha d'emetre la Comissió.

3. Les subcomissions han de tenir la composició i les funcions que s'estableixin per decisió de la Comissió Autonòmica d'Acreditació Sanitària de les Illes Balears.

Disposició addicional primera Constitució de la Comissió

La Comissió Autonòmica d'Acreditació Sanitària de les Illes Balears s'ha de constituir dins els tres mesos següents a l'entrada en vigor d'aquest Decret.

Disposició addicional segona Acreditació d'hospitals

L'acreditació dels hospitals s'ha de fer atenent els estàndards i els indicadors continguts en el programa d'acreditació sanitària d'hospitals, inclòs en l'annex d'aquest Decret.

Disposició transitòria única

1. Els hospitals públics, com també els privats que pretenen formalitzar concerts amb el Servei de Salut de les Illes Balears, disposen d'un termini de 18 mesos des de l'entrada en vigor d'aquest Decret per obtenir l'acreditació sanitària de nivell I.

Fins a aquesta data es poden mantenir concerts ja existents o se'n poden formalitzar de nous, sense l'exigència d'aquest requisit.

2. Una vegada transcorregut el termini establert en l'apartat 1 d'aquesta disposició, els hospitals s'han d'adaptar a les exigències d'aquesta norma. Els concerts que formalitzi el Servei de Salut de les Illes Balears a partir d'aquesta data han de preveure les conseqüències de la manca o la pèrdua de l'acreditació sanitària.

3. Els concerts subscrits amb anterioritat a l'entrada en vigor d'aquest Decret han de continuar vigents sense que en cap cas puguin ser prorrogats, si el centre no ha obtingut l'acreditació.

4. Per a la resta de centres i establiments sanitaris, l'exigència d'acreditació per poder formalitzar concerts amb el Servei de Salut de les Illes Balears només serà efectiva quan s'aprovi el programa corresponent, l'ordre d'aprovació del qual ha d'establir els terminis dins els quals ha de ser efectiva l'exigència, com també, si escau, el règim transitori.

Disposició final primera

Es modifica l'apartat 5 de l'article 20 del Decret 100/2010, de 27 d'agost, pel qual es regula el procediment d'autorització sanitària dels centres, serveis i establiments sanitaris i el funcionament del Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de les Illes Balears, que queda redactat de la manera següent:

Article 20

[...]

5. Les inscripcions registrals han de contenir com a mínim les dades següents:

- Denominació i tipus de centre.
- Dades identificatives de la persona titular del centre.
- Oferta assistencial.
- Data i grau d'acreditació sanitària.
- Renovació de l'acreditació sanitària.
- Revocació de l'acreditació sanitària.
- Caducitat de l'acreditació sanitària.

Disposició final segona

1. S'autoritza la consellera de Salut, Família i Benestar Social per dictar les disposicions de desenvolupament d'aquesta norma que siguin necessàries.

2. Queda autoritzada expressament a substituir o modificar per ordre el programa d'acreditació sanitària d'hospitals que figura en l'annex d'aquest Decret.

Disposició final tercera

Aquest Decret entra en vigor l'endemà d'haver-se publicat en el *Butlletí Oficial de les Illes Balears*.

Palma, 1 de juny de 2012

El president

José Ramón Bauzá Díaz

La consellera de Salut, Família i Benestar Social

Carmen Castro Gandasegui

ANNEX

PROGRAMA D'ACREDITACIÓ D'HOSPITALS

Categoria I: lideratge i estratègia

- 1.1 Disposar i comunicar la missió, la visió i els valors de l'organització. (Obligatori)
- 1.2 Elaborar i comunicar una política de qualitat i seguretat des d'un enfo-

cament no punitiu i de millora contínua. (Obligatori)

1.3 Fomentar, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, iniciatives en matèria de qualitat i seguretat de pacients. (Obligatori)

1.4 Comprometre's, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, en la promoció en matèria de seguretat de les persones que treballen en l'organització. (Obligatori)

1.5 Implicar-se, l'equip directiu, en activitats encaminades a la responsabilitat social corporativa. (Recomanable)

1.6 Disposar d'una estructura organitzativa que defineixi, revisi i actualitzi de forma sistemàtica la política de qualitat i seguretat. (Obligatori)

1.7 Ser, el gerent o el director mèdic/assistencial, el màxim responsable de l'estructura organitzativa. (Obligatori)

1.8 Definir les responsabilitats en els diferents processos que tenen lloc en l'organització. (Recomanable)

1.9 Participar, els directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, de l'organització, en el reconeixement dels professionals que s'impliquen en la millora de la qualitat i seguretat dels pacients. (Recomanable)

1.10 Promoure, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, una cultura per a la innovació, formació, comparació i millora, etc. (Recomanable)

1.11 Participar, els directius, en el desenvolupament d'un pla d'emergències i d'evacuació. (Obligatori)

1.12 Implicar i avaluar, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, el compliment de la normativa sobre la Llei d'autonomia del pacient i la Llei orgànica de protecció de dades. (Obligatori)

1.13 Fomentar, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, l'ús de metodologia basada en l'evidència científica. (Obligatori)

1.14 Fomentar l'organització escoltant la 'veu dels pacients' i l'opinió dels professionals. (Obligatori)

1.15 Comunicar, per part dels caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, els serveis i els compromisos de qualitat (ex.: cartes de compromisos). (Obligatori)

1.16 Impulsar, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, l'aportació d'acions de millora que sorgeixen de les persones a càrrec seu. (Recomanable)

1.17 Disposar, per part de l'organització, d'un pla estratègic alineat, en què es tenguin en compte la necessitat de salut de la població, la satisfacció dels pacients, la satisfacció dels treballadors, els indicadors assistencials, etc. (Obligatori)

1.18 Participar, per part dels directius, els caps de servei/unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, en la identificació de les expectatives i necessitats de tots els grups d'interès. (Obligatori)

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

1.20 Pactar objectius relatius a la qualitat i a la seguretat dels pacients amb els professionals dels serveis mitjançant pactes de gestió. (Recomanable)

1.21 Ser coherents els pactes de gestió amb els contractes de gestió o amb un document similar, i disposar d'indicadors que permetin demostrar el seu avenç. (Recomanable)

1.22 Participar, per part dels directius de l'organització, en l'elaboració i l'avaluació d'un pla que garanteixi la continuïtat assistencial intra i internivells. (Recomanable)

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

1.24 Utilitzar els resultats dels indicadors de qualitat com a elements de millora contínua. (Obligatori)

1.25 Incloure els indicadors clau en el quadre de comandament de l'hospital per a la seva avaluació i propostes de millora. (Obligatori)

1.26 Incorporar 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 en els processos de revisió interns. (Recomanable)

1.27 Manifestar la implicació de l'equip directiu en el seguiment i l'avaluació del Pla Estratègic. (Recomanable)

1.28 Disposar i remetre a la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social un informe o una memòria anual d'activitats lligades al marc de qualitat/acreditació. (Obligatori)

1.29 Identificar conforme a l'estratègia els processos clau de l'organització. (Recomanable)

Categoria II: persones

2.1 Disposar i comunicar a l'organització una política de recursos humans adequada per a la prestació d'una assistència de qualitat. (Obligatori)

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

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

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

2.5 Disposar d'un sistema de retribució-incentivació lligat al rendiment. (Recomanable)

2.6 Dur a terme enquestes de satisfacció autoritzades, comparables i representatives i comunicar-ne els resultats. (Obligatori)

2.7 Superar el percentatge de treballadors discapacitats exigint per la normativa. (Recomanable)

2.8 Disposar de mecanismes per als treballadors que els permetin opinar sobre els seus caps/directius. (Recomanable)

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

2.10 Disposar d'un pla actualitzat de prevenció de riscos laborals i d'estrès professional. (Obligatori)

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

2.12 Tenir identificades les titulacions i les especialitats dels professionals sanitaris de l'organització. (Obligatori)

2.13 Disposar d'un pla de formació. (Obligatori)

2.14 Garantir i fomentar l'accés dels professionals als programes de formació continuada sobre qualitat. (Obligatori)

2.15 Disposar d'un pla de formació i d'integració dels professionals de nova incorporació. (Obligatori)

2.16 Avaluar l'impacte dels programes de formació i desenvolupament de les persones en relació amb el cost d'activitats. (Recomanable)

2.17 Fer un certificat de les competències professionals. (Recomanable)

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

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

2.20 Disposar de comissions que permetin tractar aspectes com la qualitat, seguretat, bioètica, etc. (Obligatori)

2.21 Disposar 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 Disposar l'organització de mecanismes de sanció. (Recomanable).

2.23 Establir i aplicar un sistema de beneficis socials i un altre tipus de beneficis per als treballadors. (Recomanable)

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

Categoria III: aliances i recursos

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

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

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

3.4 Disposar d'una sistemàtica per assegurar la certificació de qualitat dels productes sanitaris. (Obligatori)

3.5 Disposar d'un pla per a la millora de les relacions amb els proveïdors. (Recomanable)

3.6 Incloure 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 Disposar d'un pla de seguretat actualitzat per a l'edifici en relació amb les catàstrofes (incendi, explosió, etc.) en què es defineixin la senyalització, l'evacuació dels treballadors i dels pacients... (Obligatori)

3.8 Disposar d'un programa de control dels aparells i dels equips d'electromedicina. (Recomanable)

3.9 Dissenyar el centre tenint en compte els criteris d'accessibilitat, adaptabilitat i seguretat dels usuaris, familiars i personal. (Obligatori)

3.10 Dissenyar els nous espais de manera que facilitin la intimitat, la confidencialitat i el confort (temperatura, humitat, qualitat de l'aire, lluminositat...). (Obligatori)

3.11 Disposar d'un pla de manteniment de l'edifici i de les instal·lacions. (Obligatori)

3.12 Controlar les caducitats del material fungible i dels fàrmacs que s'emmagatzemen a les unitats. (Obligatori)

3.13 Disposar d'un sistema de gestió dels recursos econòmics que controli la gestió de risc, la reducció de costos, etc., al mateix temps que estigui alineat amb els objectius estratègics. (Recomanable)

3.14 Assegurar la transparència de l'organització, fins i tot la de les seves decisions i el seu desenvolupament (ex.: informes anuals, conferències). (Recomanable)

3.15 Identificar les condicions d'accessibilitat al centre -transport públic, places de pàrquing de pagament i gratuïtes, etc. (Recomanable)

3.16 Disposar, per part del centre, d'un pla d'inversions a curt, mitjà i llarg termini. (Recomanable)

3.17 Disposar d'un sistema per a la identificació i valoració de tecnologies emergents. (Recomanable)

3.18 Disposar d'una pòlissa vigent d'assegurança o autoassegurança que cobreixi els riscos d'indemnitzacions en cas de sinistres i lesions a usuaris per praxi professional, negligència o errades en l'organització. (Obligatori)

3.19 Disposar de circuits diferenciats per al transport intern de material brut i net. (Obligatori)

3.20 Disposar de mitjans que assegurin una continuïtat del subministrament d'aigua, energies i comunicacions. (Obligatori)

3.21 Disposar d'un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes. (Obligatori)

3.22 Complir la normativa vigent per a la protecció de dades de caràcter personal. (Obligatori)

3.23 Disposar d'un pla de minimització de l'impacte ambiental. (Obligatori)

Categoria IV: mètodes

4.1 Disposar de la cartera de serveis identificada, comunicada i autoritzada per part de l'autoritat competent. (Obligatori)

4.2 Identificar els processos, els processos clau i els subprocessos de l'organització. (Recomanable)

4.3 Identificar, per als processos clau, els elements d'entrada d'aquests, inclosos 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 Disposar i implantar un protocol únic per a la identificació inequívoca de pacients. (Obligatori)

4.5 Assegurar el compliment de la Llei d'autonomia del pacient pel que fa al contingut i a la gestió de la història clínica. (Obligatori)

4.6 Disposar i implantar un protocol de cures a pacients pal·liatius. (Obligatori)

4.7 Disposar i implantar un protocol per al maneig del pacient amb dolor. (Obligatori)

4.8 Disposar i implantar un protocol de prevenció de caigudes de pacients. (Obligatori)

4.9 Disposar i implantar un protocol/guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de les lesions per pressió. (Obligatori)

4.10 Disposar i implantar un protocol per a la identificació i conciliació de tractaments previs dels pacients. (Obligatori)

4.11 Disposar i implantar procediments documentats per al control i l'aïllament de pacients. (Obligatori)

4.12 Disposar i implantar un procediment per a la indicació de contenció mecànica. (Obligatori)

4.13 Disposar d'un pla de reducció de les infeccions. (Obligatori)

4.14 Aplicar les guies de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut o autonòmiques. (Recomanable)

4.15 Disposar i implantar un procediment del procés quirúrgic. (Obligatori)

4.16 Documentar i desenvolupar vies clíniques. (Recomanable)

4.17 Aplicar els estàndards i les recomanacions del Sistema Nacional de Salut. (Recomanable)

4.18 Implantar un sistema de gestió de la sang i dels derivats. (Obligatori)

4.19 Disposar i implantar un protocol de trasllat a altres hospitals de mitjana o llarga estada o a hospitals concertats. (Obligatori)

4.20 Minimitzar el temps de resposta en els processos assistencials prioritaris segons la normativa aplicable. (Obligatori)

4.21 Disposar d'un pla de gestió que assegurí el compliment dels registres sanitaris oficials. (Obligatori)

4.22 Disposar de mecanismes d'avaluació de la pràctica assistencial. (Obligatori)

4.23 Disposar i implantar un protocol que assegurí un correcte emmagatzematge, dispensació i administració de medicaments. (Obligatori)

4.24 Implantar un sistema de notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos/incidents, anònim, no punitiu i àgil. (Obligatori)

4.25 Disposar i implantar mecanismes d'identificació i seguiment d'al·lèrgies i d'intoleràncies dels pacients. (Obligatori)

4.26 Codificar tots els diagnòstics i procediments mitjançant la versió oficial establerta pel Comitè Tècnic del CMBD del Sistema Nacional de Salut, d'acord amb la normativa vigent aplicable. (Obligatori)

4.27 Identificar els processos no assistencials i els fluxos d'activitat i documentació/informació associats. (Recomanable)

4.28 Introduir millores en els processos d'acord amb les necessitats i expectatives dels pacients o grups d'interès. (Obligatori)

4.29 Fer auditories periòdiques per analitzar els processos definits. (Recomanable)

4.30 Disposar i implantar una sistemàtica per a l'elaboració, la revisió i l'actualització de tots els protocols assistencials, guies de pràctica clínica i processos assistencials. (Obligatori)

4.31 Disposar d'un sistema d'informació i de comunicació per a pacients i usuaris. (Obligatori)

4.32 Disposar i implantar un protocol d'informació a pacients i a familiars. (Obligatori)

4.33 Disposar i implantar, per part de l'organització, mecanismes d'edu-

cació per a pacients i familiars. (Recomanable)

4.34 Disposar i implantar un protocol d'actuació per a la informació i comunicació dels pacients amb minusvalideses sensorials. (Obligatori)

4.35 Disposar i implantar un pla d'atenció telefònica. (Obligatori)

4.36 Facilitar l'accés a la història clínica al ciutadà. (Obligatori)

4.37 Fer enquestes de satisfacció i experiència de pacients i ciutadans mitjançant un sistema autoritzat, validat i representatiu. (Obligatori)

4.38 Disposar d'altres mitjans diferents per obtenir informació relativa a la satisfacció de pacients. (Recomanable)

4.39 Establir un sistema que permeti als clients fer suggeriments i reclamacions. (Obligatori)

4.40 Disposar d'un pla de desenvolupament de l'R+D+I. (Recomanable)

4.41 Desenvolupar mètodes de control de l'activitat desenvolupada en els laboratoris. (Obligatori)

4.42 Disposar de mitjans que assegurin una alimentació adequada i seguir per a l'atenció al pacient i que reculli aspectes dietètics, culturals, religiosos, etc., i tenguin en compte l'estat de salut i el risc de malnutrició del pacient. (Obligatori)

Categoria V: resultats

Resultats en persones

5.1-1 Quantificar i avaluar els recursos humans de l'organització. (Obligatori)

5.1-2 Quantificar i avaluar la participació i la satisfacció dels treballadors. (Recomanable)

5.1-3 Quantificar i avaluar l'absentisme i les baixes laborals. (Obligatori)

5.1-4 Quantificar i avaluar els accidents laborals. (Obligatori)

5.1-5 Quantificar i avaluar les agressions patides pels professionals. (Obligatori)

5.1-6 Quantificar i avaluar la distribució del personal. (Recomanable)

5.1-7 Quantificar i avaluar l'oferta i l'ús dels beneficis socials. (Recomanable)

5.1-8 Quantificar i avaluar l'oferta i la participació dels professionals en formació. (Recomanable)

5.1-9 Quantificar i avaluar la participació dels treballadors de l'organització en equips de millora. (Recomanable)

5.1-10 Quantificar i avaluar la política d'igualtat. (Obligatori)

Resultats en clients

5.2-1 Quantificar i avaluar la satisfacció dels pacients i familiars que acudeixen als centres hospitalaris. (Obligatori)

5.2-2 Quantificar i avaluar l'accessibilitat dels usuaris a les intervencions quirúrgiques. (Obligatori)

5.2-3 Quantificar i avaluar l'accessibilitat dels usuaris a les consultes amb els metges especialistes. (Obligatori)

5.2-4 Quantificar i avaluar l'accessibilitat dels usuaris a les proves diagnòstiques. (Obligatori)

5.2-5 Quantificar i avaluar el temps d'espera dels processos oncològics més prioritaris. (Obligatori)

5.2-6 Quantificar i avaluar l'accessibilitat a urgències. (Obligatori)

5.2-7 Quantificar i avaluar l'ús dels serveis sanitaris. (Obligatori)

5.2-8 Quantificar i avaluar els reingressos. (Obligatori)

5.2-9 Quantificar i avaluar la mortalitat. (Obligatori)

5.2-10 Quantificar i avaluar la supervivència després del càncer. (Recomanable)

5.2-11 Quantificar i avaluar la supervivència del trasplantament d'òrgans als 1 i 3 anys. (Recomanable)

5.2-12 Quantificar i avaluar les activitats i els resultats en relació amb la seguretat del pacient. (Obligatori)

5.2-13 Quantificar i avaluar la variabilitat de la pràctica clínica. (Recomanable)

Resultats ambientals i socials

5.3-1 Quantificar i avaluar el soroll emès pel centre. (Recomanable)

5.3-2 Quantificar i avaluar les emissions atmosfèriques provocades per l'activitat del centre. (Recomanable)

5.3-3 Quantificar i avaluar els residus generats pel centre. (Recomanable)

5.3-4 Quantificar i avaluar el consum de recursos naturals. (Recomanable)

5.3-5 Quantificar i avaluar la satisfacció de la societat. (Recomanable)

5.3-6 Quantificar i avaluar el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) donat a organitzacions humanitàries. (Recomanable)

5.3-7 Quantificar i avaluar el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) donat a associacions de malalts. (Recomanable)

5.3-8 Quantificar i avaluar els premis rebuts, els reconeixements, les certificacions relacionades amb la bona pràctica assistencial. (Recomanable)

5.3-9 Quantificar i avaluar les queixes, les reclamacions judicials i les demandes patrimonials, presentades per pacients/famílies, proveïdors, associa-

cions, etc. (Recomanable)

5.3-10 Quantificar i avaluar les aparicions/mencions en mitjans de comunicació nacional o local a conseqüència de les activitats rellevants. (Recomanable)

5.3-11 Quantificar i avaluar la tasca de l'organització pel que fa a la investigació. (Recomanable)

Resultats clau

5.4-1 Quantificar i avaluar l'accessibilitat general a l'assistència prestada als centres hospitalaris. (Obligatori)

5.4-2 Quantificar i avaluar l'estada mitjana. (Obligatori)

5.4-3 Quantificar i avaluar la complexitat atesa al centre hospitalari. (Obligatori)

5.4-4 Quantificar i avaluar la mortalitat global. (Obligatori)

5.4-5 Quantificar i avaluar les complicacions globals. (Obligatori)

5.4-6 Quantificar i avaluar la prescripció de medicaments genèrics. (Obligatori)

5.4-7 Quantificar i avaluar els reingressos globals. (Obligatori)

5.4-8 Quantificar i avaluar la satisfacció global dels pacients, familiars i usuaris. (Obligatori)

5.4-9 Quantificar i avaluar la satisfacció global dels treballadors. (Obligatori)

5.4-10 Quantificar i avaluar la gestió econòmica feta pel centre. (Obligatori)

5.4-11 Quantificar i avaluar la gestió del centre. (Recomanable)

— O —

3.- D'altres disposicions

VICEPRESIDÈNCIA ECONÒMICA, DE PROMOCIÓ EMPRESARIAL I D'Ocupació

Num. 11108

Resolució del vicepresident econòmic, de Promoció Empresarial i d'Ocupació de 25 de maig de 2012 per la qual es fixen les condicions en què s'alliberen els components de programari Gest-OLI i SECOVIB

Fets

Mitjançant l'Acord del Consell de Govern de 28 de març de 2008, sobre disponibilitat pública dels programes informàtics de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, s'alliberà el programari dels programes i les aplicacions informàtiques propietat de l'Administració autonòmica per posar-lo a disposició de la ciutadania de les Illes Balears, i es facultà el conseller d'Economia, Hisenda i Innovació, aleshores competent en matèria de tecnologia i comunicacions, perquè, mitjançant una resolució, fixàs les condicions en què s'ha d'alliberar aquest programari.

Fonaments de dret

1. L'article 29 de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears, segons la redacció que en fa la Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer.

2. El Decret 12/2011, de 18 de juny, del president 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.

Per tot això, dict la següent

Resolució

1. Fixar, en els termes que s'estableixen en l'annex d'aquesta Resolució, les condicions en què s'alliberen els components de programari següents:

a) Gest-OLI: eina per a la gestió i administració electrònica de la traçabilitat de l'oli. Amb llicència 'modified BSD'.

b) SECOVIB: eina per a la gestió i administració electrònica de la traçabilitat del vi. Amb llicència 'modified BSD'.

2. Establir que el programari a què es refereix l'apartat anterior i el seu codi font han d'estar disponibles per ser descarregats des de la pàgina web de la Direcció General d'Innovació i Desenvolupament Tecnològic amb la URL d'accés (<http://programari.lliure.caib.es>), i accessible per mitjà de la seu electrònica de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

3. Ordenar la publicació d'aquesta Resolució en el Butlletí Oficial de les Illes Balears.

Interposició de recursos

Contra aquesta Resolució -que exhaureix la via administrativa- es pot interposar un recurs potestatiu de reposició davant el vicepresident econòmic, de Promoció Empresarial i d'Ocupació en el termini d'un mes comptador des de l'endemà d'haver estat publicada, d'acord amb l'article 117 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, i l'article 57 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

També es pot interposar directament un recurs contenciós administratiu davant la Sala Contenciosa del Tribunal Superior de Justícia de les Illes Balears en el termini de dos mesos comptadors des de l'endemà d'haver estat publicada, d'acord amb l'article 46 de la Llei 29/1998, de 13 de juliol, reguladora de la jurisdicció contenciosa administrativa.

Palma, 25 de maig de 2012

El vicepresident econòmic, de Promoció Empresarial i d'Ocupació

José Ignacio Aguiló Fuster

ANNEX

Condicions en què s'alliberen els components de programari Gest-OLI i SECOVIB

BSD modificada (juliol de 1990)

Copyright © 2012. Govern de les Illes Balears

Tots els drets reservats.

La redistribució i l'ús en format font i binari, amb modificacions o sense, es permeten sempre que es compleixin els requisits següents:

1. La redistribució del codi font ha de conservar l'avís de copyright anterior, aquesta llista de condicions i la renúncia.

2. Les redistribucions en forma binària han de reproduir l'avís de copyright anterior, aquesta llista de condicions i la renúncia de responsabilitat en la documentació o en els altres materials proporcionats amb la distribució.

3. Sense permís previ i per escrit, el nom de l'autor no pot ser utilitzat per donar suport a productes derivats d'aquest programari o promocionar-los.

Aquest programari és proporcionat per l'autor talment, i renuncia a qualsevol garantia expressa o implícita, la qual cosa inclou, sense limitar-s'hi, les garanties de comercialització i aptitud per a propòsits determinats. En cap cas l'autor es fa responsable per danys directes, indirectes, incidentals, especials, exemplars o derivats (això inclou, sense limitar-s'hi, l'adquisició de béns o serveis, la pèrdua d'ús, dades o beneficis, o interrupció de negoci) sigui quina sigui la causa i la teoria de responsabilitat, ja sigui per contracte, responsabilitat estricta o greuge (la qual cosa inclou negligència o altres motius) derivats en qualsevol forma de l'ús d'aquest programari, encara que s'ha advertit de la possibilitat d'aquests danys.

— O —

Num. 11111

Resolució del vicepresident econòmic, de Promoció Empresarial i d'Ocupació de 10 de maig de 2012 per la qual s'ordena la publicació de la Circular del director general d'Indústria i Energia de 8 de maig de 2012 per la qual es deixa sense efecte la Circular del director general d'Indústria de 13 de novembre de 2007, per la qual s'estableixen els criteris interpretatius sobre els requisits tècnics que han de complir els projectes de voladura tipus per a consums habituals d'explosius en explotacions a cel obert

Mitjançant la Resolució de la consellera de Comerç, Indústria i Energia de 16 de novembre de 2007, s'ordenà la publicació de la Circular del director general d'Indústria de 13 de novembre de 2007, que establia els criteris bàsics interpretatius de la normativa que regula la matèria i preveia els continguts mínims dels projectes de voladura tipus per a consums habituals d'explosius en explotacions a cel obert. La Resolució i la Circular esmentades es van publicar en el BOIB núm. 175, de 24 de novembre de 2007.

La Circular del director general d'Indústria i Energia de 8 de maig de 2012, per raons d'eficàcia i simplificació de tràmits, deixa sense efecte la Circular del director general d'Indústria de 13 de novembre de 2007, dictada a l'empara del que estableixen els apartats 1 i 2 de l'article 21 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. És convenient que els ciutadans prenguin coneixement del contingut d'aquesta Circular.

D'acord amb l'article 21.5 de la Llei 3/2003, quan una disposició ho determini així, o en els casos en què es consideri convenient que els ciutadans o la resta d'òrgans de l'Administració de la Comunitat Autònoma en prenguin