



SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE „SF. CUV. PARASCHEVA”
GALATI

CUI 3347072 ; Str. Traian nr.393
Telefon:+40-236-334022; Fax:+40-236-467752, www.sbiel.ro
email:spitalul3@gmail.com

Operator de date cu caracter personal înregistrat la A.N.S.P.D.C.P cu numărul 17508



SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE
„SF. CUVIOASA PARASCHEVA” GALATI
CONTRACT C.A.S. NR. 2 SPITAL
STR. TRAIAN NR. 393 Tel: 424513
Nr. 7746/20.06.2024

Aprobat
Presedinte Consiliul Județean Galati
COSTEL FOTEA



REGULAMENTUL DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE AL SPITALULUI CLINIC DE BOLI INFECTIOASE „SF. CUV. PARASCHEVA” GALATI

Art. 1.- Se aproba Regulamentul de organizare si functionare al Spitalului Clinic de Boli Infectioase „Sf. Cuv. Parascheva”Galati .

Art. 2. - Structurile de specialitate din cadrul Spitalul Clinic de Boli Infectioase „Sf. Cuv. Parascheva”Galati vor duce la indeplinire dispozitiile prezentului Regulament de Organizare si Functionare.

Art. 3. - Prezentul Regulament se publica pe site-ul spitalului si pe rețeaua de comunicare interna a institutiei.

NOTĂ: - Proiectul de “Regulament” a fost analizat și avizat favorabil în ședința Comitetului Director,potrivit Procesului verbal cu nr.7724 din data de 25,06.2027

REGULAMENT
Regulamentul de organizare si functionare al Spitalului Clinic de Boli Infectioase
„Sfanta Cuvioasa Parascheva” Galati
2024

CAPITOLUL I
Dispozitii generale

Art. 1. - (1) Spitalul Clinic de Boli Infectioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galati cu sediul in Galati, Str. Traian nr. 393, este unitate sanitara cu paturi, publica avand personalitate juridica, ce furnizeaza servicii medicale. Functionarea acestei institutii se face cu respectarea Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii , precum si a legislatiei in vigoare in domeniu.

Conform Hotărârii de Guvern nr. 56/2009, pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile publice locale, Spitalul Clinic de Boli Infectioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galati se afla in subordinea Consiliului Judetean Galati.

(2) Spitalul detine Autorizatie sanitara de functionare emisa de catre Directia de Sanatate Publica Galati, Autorizatie sanitara de functionare a farmaciei cu circuit inchis emisa de catre Directia de Sanatate Publica Galati. Autorizația sanitară de funcționare se emite în condițiile stabilite prin normele aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și da dreptul spitalului sa funcționeze.

(3) Spitalul participa la asigurarea stării de sănătate a populației.

(4) Spitalul are obligatia de a acorda primul ajutor si asistenta medicala de urgenta oricarei persoane care se prezinta la sediul institutiei, daca starea sanatatii persoanei este critica. Dupa stabilizarea functiilor vitale, spitalul va asigura dupa caz transportul obligatoriu medicalizat la o alta unitate medico-sanitara de profil.

(5) Spitalul va fi in permanenta pregatit pentru asigurarea asistentei in caz de razboi, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale si alte situatii de criza si este obligat sa participe cu toate resursele la inlaturarea efectelor.

(6) Activitățile organizatorice și functionale cu caracter medico-sanitar din spitale sunt reglementate și supuse controlului Ministerului Sănătății Publice, iar în spitalele din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, controlul este efectuat de structurile specializate ale acestora.

(7) În spital se pot desfășura și activități de învățământ medico-farmaceutic, postliceal, universitar și postuniversitar. Aceste activități se desfășoară sub îndrumarea personalului didactic care este integrat/angajat în spital. Activitățile de învățământ și cercetare vor fi astfel organizate încât să consolideze calitatea actului medical, cu respectarea drepturilor pacienților, a eticii și deontologiei medicale.

(8) În secțiile clinice se desfășoară activitate de educație continuă (EMC) sub îndrumarea personalului didactic din secții.

(9) Spitalul asigură condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igiena, alimentație și de prevenire a I.A.A.M, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice.

(10) Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igiena, alimentație și de prevenire a IAAM, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților.

(11) Spitalul este de monospecialitate boli infecțioase cu două secții clinice alături de o secție clinică de dermatovenerologie.

(12) Prin Compartimentul „Camera de Gardă”, spitalul asigură primul ajutor și asistența medicală persoanelor cu afecțiuni specifice bolilor infecțioase și dermatologice.

(13) Pentru pacienții internați, spitalul asigură și răspunde de calitatea actului medical, condiții de cazare, igiena, alimentație și prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(14) Din punct de vedere organizatoric și funcțional spitalul este în subordonarea Consiliului Județean Galați și este o unitate sanitară deschisă pacienților cu patologie medicală infecto-contagioasă și dermatologică.

(15) Serviciile medicale acordate de spital sunt preventive și curative, iar prin activitatea medicală și activitatea de cercetare, spitalul participă la asigurarea stării de sănătate a populației.

(16) Asistența medicală în spital se realizează în cadru autorizat potrivit legii.

(17) Spitalul îndeplinește condițiile de autorizare sanitară, de funcționare și de competență și este acreditat conform dispozițiilor legale.

(18) În cadrul spitalului, în raport cu misiunile acestuia, se desfășoară activități principale, secundare și auxiliare, după cum urmează¹:

a) Activitate principală: activitate de asistență spitalicească – cod CAEN 8610;

b) Activități secundare: activitate de asistență medicală ambulatorie și stomatologică - cod CAEN 8622, cod CAEN 8690, cod 7219;

¹Definiția termenilor de „activitate principală”, „activitate secundară” și „activitate auxiliară” se regăsește în Glosarul prezentului Regulament și este conformă prevederilor Ordinului Președintelui Institutului Național de Statistică nr. 337/2007 privind actualizarea Clasificării activităților din economi națională – CAEN;

- c) Activități auxiliare, cum sunt: contabilitatea, transportul, depozitarea, achiziționarea, hrănirea, echiparea, repararea și întreținerea etc”

CAPITOLUL II

Obiectul de activitate

Art. 2 Obiectul de activitate are în vedere:

1. prevenirea și combaterea bolilor din sfera specialității ;
2. primul ajutor medical și asistența medicală de urgență, dacă starea sănătății persoanei este critică;
3. efectuarea consultațiilor, investigațiilor, stabilirea diagnosticului, a tratamentelor și a altor îngrijiri medicale tuturor bolnavilor spitalizați;
4. recuperarea medicală a bolnavilor;
5. achiziționarea, gestionarea și distribuirea medicamentelor;
6. achiziționarea, depozitarea, distribuția și întreținerea instrumentarului și aparaturii medicale, a altor produse tehnico-medicale, potrivit normelor în vigoare;
7. controlul și urmărirea calității medicamentelor administrate bolnavilor în vederea ridicării eficienței tratamentelor, evitarea riscului terapeutic și a fenomenelor adverse;
8. desfășurarea unei activități proprii de cercetare științifică, pe baza unui plan aprobat, având ca scop promovarea stării de sănătate a pacienților;
9. crearea unor condiții moderne de confort, asigurarea unei alimentații specifice afecțiunilor și servirea mesei în condiții de igienă;
10. educația sanitară a bolnavilor internați;
11. realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de securitate și sănătate în muncă și paza contra incendiilor, precum și a celor privind protecția civilă, corespunzător normelor legale;
12. organizarea și desfășurarea activității de arhivare a documentelor primite, generate și deținute de unitate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
13. asigurarea condițiilor optime de păstrare a fondului de documente, cu respectarea termenelor de păstrare stabilite pentru unitățile sanitare.

Art. 3. - În cadrul spitalului se desfășoară și următoarele activități:

- învățământ postliceal;
- învățământ universitar;
- învățământ postuniversitar;
- cercetare științifică medicală.

Art. 4. - Pregătirea cadrelor medicale, rezidenților, studenților și doctoranzilor în spital este admisă atât pentru cei din învățământul de stat, cât și pentru cei din învățământul privat, autorizat sau acreditat potrivit legii.

Art. 5. - Criteriile pentru desfășurarea activităților de cercetare științifică medicală se propun de către Academia de Științe Medicale și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, cu avizul Ministerului Educației Naționale.

Art. 6. - Colaborarea dintre spital și instituțiile de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical, se desfășoară pe baza de contract, încheiat

conform metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sanatatii si al ministrului educatiei nationale si cercetarii stiintifice.

Art. 7. - Cercetarea stiintifica medicala se efectueaza pe baza de teme si de contracte de cercetare, incheiate intre spital si finantatorul cercetarii.

Art. 8. - Spitalul desfasoara activitatea de educatie medicala si cercetare (EMC) pentru medici, asistenti medicali si alt personal. Costurile acestor activitati sunt suportate de personalul beneficiar. Spitalul poate suporta astfel de costuri, in conditiile alocarilor bugetare.

Art. 9. - Spitalul asigura conditii de cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si raspunde, in conditiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea conditiilor de cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, precum si pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacientilor, stabilite de catre organele competente.

Art. 10. -(1) Spitalul acorda primul ajutor si asistenta medicala de urgenta oricarei persoane care se prezinta la spital, daca starea sanatatii persoanei este critica. Dupa stabilizarea functiilor vitale, spitalul asigura, dupa caz, transportul autorizat obligatoriu la o alta institutie medico- sanitara de profil, in baza protocolului incheiat cu alte spitale, conform legii.

(2) Spitalul este in permanenta pregatit pentru asigurarea asistentei medicale in caz de razboi, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale si alte situatii de criza si participa cu toate resursele la inlaturarea efectelor acestora.

(3) Cheltuielile efectuate de spital, in caz de razboi, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale si alte situatii de criza, se ramburseaza de catre stat, prin hotarare a Guvernului.

Art. 11. -(1) Spitalul are obligatia sa inregistreze, sa stocheze, sa prelucreze si sa transmita informatiile privind activitatea de ingrijire, conform normelor elaborate de Ministerul Sanatatii.

(2) Raportarile se fac atat la Consiliul Judetean Galati, Directia de Sanatate Publica Galati, Ministerul Sanatatii, Ministerul de finante prin Trezoreria Municipiului Galati cat si la Casa de Asigurari de Sanatate a Judetului Galati.

(3) Personalul medical are obligatia respectarii clauzelor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate .

(4) Spitalul are obligativitatea completarii prescriptiilor medicale conexe actului medical atunci cand este cazul pentru afectiuni acute, subacute, cronice (initiale).

Art. 12. -(1) In conformitate cu prevederile legale in vigoare, spitalul are urmatoarele atributii:

a) sa inregistreze persoanele carora le acorda asistenta medicala, sa le intocmeasca foaie de observatie, sa completeze prescriptiile medicale pentru afectiunile pentru care au fost internati;

b) sa inregistreze, sa stocheze, sa prelucreze, sa transmita informatiile legate de activitatea sa. Raportarile se fac unitar, atat la DSP, cat si la casa de asigurari de sanatate, pe baza indicatorilor stabiliti prin norme;

c) sa elibereze, la cerere, potrivit dispozitiilor legale, certificate medicale, buletine de analiza si alte asemenea acte;

d) sa asigure pacientilor accesul la informatii exacte privind afectiunea de care sufera, tratamentele pentru care pot opta, la cererea si pe intelesul acestora;

e) sa respecte drepturile pacientilor de a opta pentru medicul curant si de a alege liber furnizorul de servicii medicale in ceea ce priveste consulturile interdisciplinare, in limita specificului;

f) sa asigure pacientilor dreptul de confidentialitate privind starea de sanatate si afectiunea de care sufera;

g) sa obtina de la pacienti informatii privind istoricul bolii si afectiunile anterioare;

h) sa informeze pacientii ca pot dispune de datele personale integrate in sistemul de date al spitalului, prin respectarea dreptului acestora de acces, interventie si opozitie;

i) sa se asigure ca documentatia primara ca sursa a acestor date va fi pastrata, securizata si asigurata sub forma de document scris si electronic constituind arhiva spitalului, conform reglementarilor in vigoare.

(2) Spitalul are obligativitatea de a furniza pacientilor informatii referitoare la:

a) serviciile medicale disponibile si modul de acces la acestea;

b) identitatea si statutul profesional al furnizorilor de servicii de sanatate;

c) regulile si obiceiurile pe care trebuie sa le respecte pe durata internarii in spital;

d) starea propriei sanatati;

e) riscurile potentiale ale fiecarei proceduri care urmeaza sa fie aplicata;

f) alternative existente la procedurile propuse;

g) consecintele neefectuării tratamentului si ale nerespectării recomandarilor medicale;

h) diagnosticul stabilit si prognosticul afectiunilor diagnosticate.

(3) Spitalul trebuie sa asigure accesul neingradit al pacientilor la datele medicale personale.

(4) In situatiile in care pacientul solicita informatii cu caracter confidential, personalul angajat al spitalului are obligatia sa asigure respectarea cadrului legal privind furnizarea acestora.

(5) Personalul medical are obligatia sa păstreze confidentialitatea informatiilor privind starea pacientului, rezultatele investigatiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul si datele personale, nediscriminatoriu, indiferent de rasa, etnie, credinta sau apartenenta politica.

(6) Transferurile pacientilor din alta unitate aproba de seful de sectie in zilele lucratoare pana la ora 14 . In zilele libere/sarbatori legale si in timpul programului de garda transferul se aproba de care medicul de garda cu avizul telefonic al sefului de sectie.

(7) Spitalul asigură acordarea asistenței medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților, precum și pentru respectarea dreptului la libera alegere a serviciilor medicale. În acest sens, în cadrul spitalului se asigură accesul pacienților la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală

(8) Personalul medical care acordă asistență medicală în cadrul spitalului are obligația de a obține anterior actului medical/de îngrijire consimțământul informat al pacientului / reprezentantului legal , în condițiile prevederilor legale incidente în vigoare

(9) Întreg personalul angajat al spitalului are obligația de a respecta drepturile pacienților asa cum sunt prevazute in Legea drepturilor pacientului (Legea nr. 46/2003);

CAPITOLUL III

Finantarea spitalului

Art. 13. -(1) Spitalul Clinic de Boli Infectioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galati este institutie publica finantata integral din venituri proprii care provin din:

- a) sumele incasate pentru serviciile medicale prestate in baza contractului de furnizare de servicii medicale incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate, alte prestatii efectuate pe baza de contract. Contractul de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate reprezinta sursa principala a veniturilor si se negociaza de catre manager cu conducerea casei de asigurari de sanatate, in functie de indicatorii stabiliti in contractul-cadru de furnizare de servicii medicale.
- b) Sume de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sanatatii, sume care pot fi utilizate numai pentru destinatiile pentru care au fost alocate.
 - implementarea programelor nationale de sanatate publica;
 - achizitia de echipamente medicale si alte dotari independente de natura cheltuielilor de capital, in conditiile legii;
 - expertizarea, transformarea si consolidarea constructiilor grav afectate de seisme si de alte cazuri de forta majora;
 - modernizarea, transformarea si extinderea constructiilor existente, precum si efectuarea de reparatii capitale;
 - activitati didactice si de cercetare fundamentala.
- c) Subventii de la bugetul de local ,sume care pot fi utilizate numai pentru destinatiile pentru care au fost alocate.
- d) Subventii primite de bugetul fondului national unic de asigurari pentru influente cresteri salariale;
- e) Spitalul poate realiza venituri proprii suplimentare din:
 - donatii si sponsorizari;
 - legate;
 - asocieri investitionale in domenii medicale ori de cercetare medicala si farmaceutica;
 - inchirierea unor spatii medicale, echipamente sau aparatura medicala catrealti furnizori de servicii medicale, in conditiile legii;
 - contracte privind furnizarea de servicii medicale incheiate cu casele de asigurari private sau cu operatori economici;
 - servicii medicale, hoteliere sau de alta natura, furnizate la cererea unor terti;
 - servicii de asistenta medicala la domiciliu, acordate la cererea pacientilor sau, dupa caz, in baza unui contract de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, in conditiile stabilite prin contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate;
 - contracte de cercetare;
 - coplata pentru unele servicii medicale;
 - alte surse, conform legii.

Art. 14. - Bugetul de venituri si cheltuieli

(1) Organizarea activitatii se face in baza bugetului de venituri si cheltuieli propriu, avizat de conducerea unitatii si aprobat ordonatorului de credite ierarhic superior.

(2) Elaborarea bugetului de venituri si cheltuieli propriu se face pe baza evaluarii veniturilor proprii din anul bugetar si a repartizarii cheltuielilor pe baza propunerilor fundamentate ale sectiilor si compartimentelor din structura unitatii.

(3) Realizarea veniturilor si fundamentarea cheltuielilor se asigura in raport cu actiunile si obiectivele din anul bugetar pe titluri, articole si alineate, conform clasificatiei bugetare.

(4) Proiectul bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului se elaboreaza de catre comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducatorilor sectiilor si compartimentelor din structura spitalului, in conformitate cu normele metodologice aprobate prin ordin al ministrului sanatatii.

(5) Bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului se avizeaza de catre Consiliul de administratie si se aproba de catre ordonatorul de credite ierarhic superior, la propunerea managerului spitalului.

(6) Bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului public se repartizeaza pe sectiile si compartimentele din structura spitalului. Sumele repartizate sunt cuprinse in contractul de administrare, incheiat in conditiile legii intre manager si sefi sectiilor/laboratoarelor/serviciilor/compartimentelor. Abaterile fata de indicatorii din contractul cu managerul se analizeaza si se solutioneaza de conducerea spitalului impreuna cu conducerile structurilor in cauza.

(7) Executia bugetului de venituri si cheltuieli pe sectii si compartimente se monitorizeaza lunar de catre sefi sectiilor si compartimentelor din structura spitalului, conform unei metodologii aprobate prin ordin al ministrului sanatatii.

(8) Executia bugetului de venituri si cheltuieli se raporteaza lunar si trimestrial.

(9) Auditul public intern se exercita de catre structura de audit public intern a Consiliului Judetean Galati.

CAPITOLUL IV

Conducerea spitalului

Art. 15. - Spitalul este condus de un manager, persoana fizica. In cadrul spitalului se organizeaza si functioneaza Consiliul de administratie si Comitetul director. Conducerea unitatii sanitare actioneaza cu diligena pe care un bun proprietar o depune in administrarea bunurilor sale si raspunde de integritatea acestuia, precum si de intocmirea si prezentarea la termenele stabilite a situatiei patrimoniului in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

Art. 16. -Managerul

(1) Spitalul este condus de catre un manager. Acesta incheie un contract de management cu Consiliul Judetean Galati pe o perioada de 4 ani. Contractul poate fi prelungit sau poate inceta inainte de termen in urma evaluarii anuale efectuate pe baza criteriilor de performanta stabilite . La incetarea mandatului, contractul de management poate fi prelungit pe o perioada de 3 luni de maximum doua ori, perioada in care se organizeaza

concursul de ocupare a postului. Pana la ocuparea postului prin concurs Consiliul Judetean Galati numeste prin act administrativ un manager interimar.

(2) Atributiile managerului sunt prevazute in contractul de management, conform Ordinului Ministrului Sanatatii nr. 1384/2010 sau Ordinul nr. 1374/2016 pentru stabilirea atributiilor managerului interimar al spitalului publicacestea completându-se după caz, de prevederi incidente ale legislației naționale în vigoare.

(3) In domeniul prevenirii infectiilor asociate asistentei medicale managerul are atributiile prevăzute de normele incidente în vigoare aplicabile în domeniul prevenirii infectiilor asociate asistentei medicale (O.M.S. 1101/2016).

(4) Managerul negociaza si incheie contractele de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate, precum si cu directia de sanatate publica sau, dupa caz, cu institutii publice din subordinea Ministerului Sanatatii, pentru implementarea programelor nationale de sanatate publica si pentru asigurarea cheltuielilor prevazute de lege.

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizării /acreditării.

Art. 17. -Consiliul de administratie

(1) In conformitate cu legislatia in vigoare, la nivelul spitalului este infiintat Consiliul de administratie, care are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare si functionare ale spitalului si de a face recomandari managerului in urma dezbaterilor.

(2) Consiliul de administratie are urmatoarea componenta:

- a) 1 reprezentant al Directiei de Sanatate Publica ;
- b) 3reprezentanti ai Consiliul Judetean Galati;
- c) un reprezentant numit de Presedintele Consiliului Judetean Galati;
- d) un reprezentant al Facultatii de medicina;
- e) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din Romania, cu statut de invitat;
- f) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania, cu statut de invitat,
- g) membrii supleanti.

(3) Managerul participa la sedintele consiliului de administratie fara drept de vot.

(4) Reprezentantul nominalizat de sindicatul legal constituit in unitate, afiliat federatiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de munca la nivel de ramura sanitara, participa ca invitat permanent la sedintele consiliului de administratie.

Art. 18. –Atributiile principale ale Consiliului de administratie sunt cele prevăzute prin normele legale incidente în vigoare.

Art. 19. – Consiliul de administratie se intruneste lunar sau ori de cate ori este nevoie, la solicitarea majoritatii membrilor sau, a presedintelui de sedinta sau a managerului si ia decizii cu majoritatea simpla a membrilor prezenti.

Art. 20. -Comitetul director

(1) Comitetul director este format din:

- manager;
- director medical;
- director financiar-contabil.

(2) Ocuparea functiilor specifice Comitetului director se face prin concurs organizat de managerul spitalului cu exceptia functiei de manager pentru care concursul este organizat de Consiliul de Administratie in baza regulamentului aprobat prin act administrativ al presedintelui consiliului județean;

(3) In spital, directorul medical poate fi cadru didactic universitar medical .

(4) La sedintele Comitetului director participa pe langa membrii Comitetului director, cu statut de **invitat permanent**, următorul personal:

- medicul epidemiolog coordonator al CSPLIAAM;
- responsabilul cu Managementul Calității;
- reprezentantul sindicatului reprezentativ din unitate –semnatar al Contractului Colectiv de Munca la nivel de unitate;

(5) La sedintele Comitetului director mai pot fi invitati sefi de structuri in cazul in care se dezbat probleme care necesita explicatii suplimentare;

Art. 21. -Principalele activități desfășurate de către Comitetul director sunt cele prevăzute de O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public.

Art. 22. -Directorul medical

Atributiile specifice directorului medical sunt prevăzute de art. 2 din O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public și în contractul acestuia de administrare.

Asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

Art. 23. -Directorul financiar – contabil

Atributiile specifice directorului financiar-contabil sunt prevăzute în contractul acestuia de administrare, întocmit în conformitate cu prevederile OMS 1628/2007 privind aprobarea modelului contractului de administrare a spitalului public din rețeaua Ministerului Sănătății Publice.

Asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

CAPITOLUL V
Structura spitalului

Art. 24. – (1) Structura organizatorica a spitalului, aprobată prin Dispoziția Președintelui Consiliului Județean, în condițiile legii, este următoarea:

A. Sector spitalizare

- | | |
|---|-------------------------|
| - Secția Clinică Boli Infecțioase I | 58 paturi |
| din care : | |
| compartiment HIV/SIDA | 10 paturi |
| compartiment cronici | 5 paturi |
| - Secția Clinica Boli Infecțioase II | 58 paturi |
| din care : | |
| compartiment cronici | 5 paturi |
| - Secția Clinica Dermatovenerologie | 34 paturi |
| din care : | |
| compartiment alergoimunologie | 6 paturi |
| - Secția terapie intensivă (Stadiu de proiectare) | 10 paturi |
| | Total 160 paturi |
| - Spitalizare de zi (boli infecțioase, HIV SIDA și dermatovenerologie)- | 10 paturi |
| - Centru de evaluare Covid 19 | -2 paturi |
| - Camera de gardă -internari | |
| -serviciul de primiri internare și externare bolnavi | |
| -activități de evidență medicală, programare, informare | |

B . Sector Ambulatoriu integrat al spitalului cu cabinete în specialitățile:

- cabinete de consultații și tratamente boli infecțioase;
- cabinete de consultații și tratamente dermatovenerice;

C. Servicii tehnico- medicale de diagnostic și tratament

1. *Sector de investigații explorări funcționale* (comun pentru bolnavi spitalizați și ambulatorii)
 - Laborator de analize medicale
 - Laborator radiologie și imagistică medicală
2. *Sector terapie (comun pentru bolnavi spitalizați și ambulatorii)*
 - Compartiment de evaluare și consiliere psihologică
 - Compartiment de asistență socială
3. *Servicii tehnico-medicale auxiliare*
 - Farmacie circuit închis
 - Serviciu de Sterilizare centrală
 - Compartiment de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (CSPLIAAM)
 - 2 spații frig de depozitare cadavre (pentru pacienții Covid 19 și non Covid 19)
 - Unitate de transfuzie sanguină
 - Spații didactice, amfiteatru și Sali de lucrări practice

D. Servicii gospodaresti

Bucătărie, oficii alimentare și depozite de alimente

Spălătorie și depozite de lenjerie

Statie de tratare si colectare ape uzate, statie de clorinare ape menajere, separator grasimi

E. Conducere medicala si administratie

Serviciul achizitiei, administrativ si situatii de urgenta, Serviciul de management al calitatii serviciilor de sanatate, Compartiment financiar contabil, Formatie muncitori, Serviciul RUNOS-SSM, Intretinere si deservire.

F. Servicii anexe pentru personalul medical

Vestiare pentru personalul medical și tehnic

Sala raport garda

G. Servicii sociale si anexe pentru pacienti , apartinatori, vizitatori

Garderobă

Serviciu de Informații și relații

Capelă

H. Servicii tehnico-utilitare

Centrale și stații tehnice

Centrală termică

Statie de oxigen

Bazin apa potabilă

Centrală telefonică

Grupuri electrogene

Stații tehnice aferente instalațiilor

Spații de depozitare

Spații de colectare și predare deșeuri medicale și asimilabile celor menajere

Control poartă

I. STRUCTURĂ DE PERSONAL:

medici

alte categorii de personal cu studii superioare

asistente medicale

registratori medicali si statisticieni

personal auxiliar (infirmiere, ingrijitoare, spalatoresc, brancardieri, garderobier)

alte categorii de personal (tehnico-administrativ) .

- (2) Actuala structura poate suferi modificari ca urmare a aprobarii unei noi structuri organizatorice prin ordin al ministrului sanatatii, Hotarare CJ, la o data ulterioara aprobarii prezentului regulament de organizare si functionare.
- (3) Sectiile cu paturi sunt organizate pe profiluri de specialitate;

- (4) Secțiile/Laboratoarele/Serviciile sunt conduse de un medic șef de secție/laborator/serviciu;
- (5) Pentru îndeplinirea atribuțiilor ce îi revin cu privire la activitatea economică, financiară și administrativă, spitalul are în structura serviciilor și compartimente astfel:
- Serviciul de management al calității serviciilor de sănătate;
 - Compartimentul financiar-contabilitate;
 - Formație muncitori cu Compartiment tehnic și Bloc alimentar;
 - Serviciul de achiziții, administrativ și situații de urgență cu compartimentele „Achiziții” și „Administrativ, protecție civilă și situații de urgență”;
 - Serviciul resurse umane, normare, organizare și salarizare – SSM, Întreținere și deservire cu Compartimentul RUNOS-SSM și Compartimentul Întreținere și deservire;
- (6) Secțiile/laboratoarele/serviciile participă activ la implementarea/dezvoltarea sistemului de control managerial, implementarea/dezvoltarea procedurilor operaționale privind sistemul de calitate, precum și a normelor de protecție a muncii, securitate și sănătate în muncă.

CAPITOLUL VI

CADRUL REPONSABILITĂȚILOR, COMPETENȚELOR, ATRIBUȚIILOR ȘI SARCINILOR

Art.25.- Obligațiile personalului spitalului pentru respectarea clauzelor contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate:

- a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:
1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web - prin afișare într- un loc vizibil;
 2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
 3. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- b) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul **informatic se utilizează sistemul off-line**; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data

acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1[^]1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

- c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
- f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- g) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- h) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor

- produsului în limita competenței medicului prescriptor;
- i) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
 - j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;
 - k) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.
 - l) să funcționeze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului și să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;
 - m) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
 - n) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu care a recomandat internarea, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, conduita terapeutică recomandată și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor

de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018, cu modificările și completările ulterioare; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

- o) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.
- p) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;
- q) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;
- r) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului și al Ministerului Sănătății;
- s) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în norme;
- t) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală;
- u) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;
- v) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;
- w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;
- x) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească;
- y) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind
- z) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise

off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;
aa) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialități clinice - către unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și de reabilitare cu paturi sau ambulatorii conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să l cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;
2. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;
3. să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acută finanțate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în norme; Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia. În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.
4. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu

spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în devizul estimativ pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.

5. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum și formularului de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme;
- bb) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;
4. să elibereze, pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în norme; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;
5. să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. c) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
6. să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru

serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

7. să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației; af) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamente în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare;
8. să respecte prevederile art. 159, cu privire la inițierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

A. Sectii clinice si structuri medicale;

Art. 26. –Sectiile si compartimentele cu paturi au, în principal, următoarele atribuții:

- a) asigurarea baremului aparatului de urgenta, în limitele aprobate de Consiliul medical;
- b) imbaierea, si continuarea deparazitarii bolnavilor;
- c) asigurarea transportului bolnavilor între sectii/structuri medicale;
- d) repartizarea bolnavilor în saloane, în condițiile aplicării măsurilor referitoare la prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- e) efectuarea în cel mai scurt timp a examenului clinic și investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului;
- f) declararea cazurilor de boli contagioase și a bolilor profesionale conform reglementarilor în vigoare;
- g) recoltarea de probe biologice pentru efectuarea analizelor;
- h) asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv și de recuperare), individualizat și diferentiat, în raport cu starea bolnavului, cu forma și stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee și tehnici medicale;

- i) asigurarea îngrijirii medicale necesare pe toată durata internării;
- j) obținerea consimțământului în cunoștința de cauză, în scris, al pacientului privind tratamentul necesar;
- k) asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat și administrarea curentă a acestora;
- l) asigurarea alimentației bolnavilor, în concordanță cu diagnosticul și stadiul evolutiv al bolii;
- m) desfășurarea unei activități care să asigure bolnavilor internați un regim rațional de odihnă și servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii acestora cu familia;
- n) educația sanitară a bolnavilor și aparținătorilor.
- o) asigură arhivarea documentelor compartimentului conform legislației în vigoare;
- p) elaborează/actualizează, procedurile operationale pentru activitățile principale desfășurate în cadrul structurii și le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- q) Responsabilități privind Sistemul de Management al Calității:**
 - să cunoască și să respecte și să aplice documentele Sistemului de Management al Calității aplicabile în activitatea depusă;
 - să participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă;
 - să asigure întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

Art. 27. -Camera de garda-internari

Compartimentul Camera de gardă internari al spitalului este organizat într-un spațiu adecvat, special dedicat, cu acces la secțiile clinice și mijloacele de investigație paraclinice ale spitalului. Programul de activitate este continuu și se desfășoară în sistem de ture și garzi.

(1) Compartimentul are, în principal, următoarele atribuții:

- a) triajul bolnavilor în momentul prezentării la spital;
- b) primirea, stabilizarea și tratamentul inițial al eventualelor urgente, cu prioritate al urgentelor majore;
- c) asigurarea asistenței medicale sau tratament medicamentos supravegheat ;
- d) consultul de specialitate de către medicul de gardă din spital, pentru stabilirea secției în care urmează să se interneze pacienții;
- e) imbaierea și deparazitarea bolnavilor;

(2) Informații - Internari

Are, în principal, ca atribuții activitatea de informare a tuturor persoanelor care se adresează instituției, personal sau telefonic, și direcționarea acestora către cabinetele de consultații sau către secții, în cazul internării.

- a) obținerea consimțământului informat al pacientului;
- b) întocmeste foaia de observație generală clinică, pentru toate tipurile de internari.

- c) asigura activitatea de registratura pentru documentele medicale eliberate.
- d) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- e) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure intocmirea documentatiei necesare si/sau luarea masurilor administrative, dupa caz, necesare conformarii indicatorilor aferenti listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 28. -Spitalizare de zi Boli infectioase HIV-SIDA si Dermatovenerologie

Spitalizarea de zi are, in principal, urmatoarele atributii:

- a) acordarea serviciilor medicale contractate cu Casa de Asigurari de Sanatate
- b) supravegherea evolutiei afectiunilor stabilite;
- c) precizarea recomandarilor de urmat la externare, precum si stabilirea controalelor;
- d) prescrierea/asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv si de recuperare) individualizat si diferentiat, in raport cu starea bolnavului, cu forma si stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee si tehnici medicale;
- e) supravegherea evolutiei clinice si biologice a pacientilor;
- f) supravegherea pacientilor cu nevoi speciale;
- g) prescriere medicamentelor necesare tratamentului indicat;
- h) efectuarea consulturilor interdisciplinare in cazurile simplificate;
- i) urmareste consumul de materiale si il raporteaza in sistemul informatic integrat al spitalului.
- j) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure intocmirea documentatiei necesare si/sau luarea masurilor administrative, dupa caz, necesare conformarii indicatorilor aferenti listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 29. -Sterilizare

Sterilizarea are, in principal, urmatoarele atributii:

- a) verificarea modului de pregatire si impachetare a materialelor trimise pentru sterilizare si respingerea truselor necorespunzatoare;

- b) eliminarea încărcăturii microbiene, încărcăturii organice și a biofilmului de pe dispozitivele medicale;
- c) asigurarea sterilizării propriu-zise și a sistemului de control al procesului;
- d) efectuarea procedurilor de control și marcare a produselor finite;
- e) sesizarea eventualelor neconformități și luarea imediată a măsurilor necesare;
- f) înregistrarea și arhivarea datelor privind procesul de sterilizare;
- g) efectuarea sterilizării, respectând normele tehnice de sterilizare și instrucțiunile de sterilizare a fiecărui aparat;
- h) banderolarea și etichetarea truselor și pachetelor cu materiale sterilizate;
- i)ținerea evidenței activității de sterilizare pe aparate;
- j) efectuarea testelor de control și ținerea evidenței acestora;
- k) asigurarea circuitului de stocare, distribuție, transport la utilizatori;
- l) asigurarea circuitelor pentru securitatea personalului, a mediului și integritatea dispozitivelor medicale;
- m) supravegherea și corectarea condițiilor de desfășurare a procesului de sterilizare;
- n) verificarea calității aerului, apei și a fluidelor utilizate;
- o) verificarea stării de igienă a suprafețelor;
- p) verificarea modului de funcționare a echipamentelor de sterilizare;
- q) verificarea modului de funcționare a echipamentelor de control, măsură și testare, iar în domeniul infecțiilor asociate asistenței medicale are următoarele atribuții:
- r) verifică modul de pregătire și împachetare a echipamentelor/instrumentarului, altor materiale trimise pentru sterilizare și respinge trusele necorespunzătoare;
- s) efectuează sterilizarea, respectând normele tehnice de sterilizare și instrucțiunile de sterilizare ale fiecărui aparat;
- t) anunță imediat personalul tehnic de întreținere și pe directorul medical cu privire la apariția oricărei defecțiuni care survine la aparatele de sterilizare;
- u) răspunde de igiena încăperilor în care se face sterilizarea și de respectarea circuitelor;
- v) etichetează corespunzător trusele și pachetele cu materiale sterilizate și ține evidența activităților de sterilizare pe aparate și sarje, conform prevederilor legale în vigoare;
- w) efectuează teste de control al sterilizării și ține evidența rezultatelor;
- x) respectă precauțiile standard.

(1) **Microstructura Sterilizare** din cadrul spitalului este amenajată într-un spațiu special destinat în vederea desfășurării acestei activități. Sterilizarea se realizează prin mijloace fizice, abur sub presiune sau abur la temperatură și presiune ridicate/scăzute, căldură uscată, precum și prin metode combinate fizico-chimice, cu aparate de sterilizare autorizate și avizate conform prevederilor legale și la temperatura, timpul și presiunea recomandată de producător, în funcție de tipurile de materiale de sterilizat ambalate.

(2) Personalul încadrat/delegat în microstructura sterilizare gestionează în activitatea zilnică următoarele evidențe/registre, după caz:

- a) nomenclator cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de reesterilizări admisibile pentru fiecare²;

²Bază: indicatorul „01.09.01.05.04 -La nivelul structurii există nomenclator cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de reesterilizări admisibile pentru fiecare” aferent L.V. 54 – Managementul sterilizării;

- b) registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile, completat la zi³;
- c) registrul operațiunilor de sterilizare termică, completat la zi⁴;
- d) registrul operațiunilor de sterilizare chimică, completat la zi⁵;
- e) evidența testării periodice a puterii de penetrabilitate a aburului prin metoda Bowie-Dick⁶;
- f) În mod obligatoriu personalul încadrat/delegat în microstructura Sterilizare va realiza o evidență cu consemnări cu privire la verificarea integrității prin inspecție vizuală a produselor de sterilizat (instrumente, dispozitive medicale și/sau material moale) înainte de sortarea și împachetarea în vederea sterilizării.
- g) Amplasarea, dotarea, exploatarea, întreținerea, verificarea și repararea aparatelor, utilajelor și instalațiilor de sterilizare se execută de către responsabilii desemnați, după caz, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
- h) Organizarea și conducerea personalului din microstructura Sterilizare se realizează de către directorul medical consiliat de către șeful Compartimentului prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, acesta din urmă având și drept de control pe linia specialității.
- i) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislației în vigoare;
- j) elaborează/actualizează, procedurile operationale pentru activitățile principale desfășurate în cadrul structurii și le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

Art.30 Serviciul de management al calitatii serviciilor de sanatate este condus de catre un sef serviciu si are in componenta Compartimentul de management al calitatii, Compartimentul de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale si Compartimentul de evaluare si statistica medicala.

Art. 31 Compartimentul de management al calității serviciilor de sanatate (C.M.C.S.S)

³Bază: indicatorul „02.11.02.04.01 - La nivelul structurii există registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile, completat la zi” aferent L.V. 54 – Managementul sterilizării;

⁴Bază: indicatorul „02.11.02.04.02 - La nivelul structurii există registrul operațiunilor de sterilizare termică, completat la zi” aferent L.V. 54 – Managementul sterilizării;

⁵Bază: indicatorul „02.11.02.04.03 - La nivelul structurii există registrul operațiunilor de sterilizare chimică, completat la zi” aferent L.V. 54 – Managementul sterilizării;

⁶Bază: indicatorul „02.11.02.04.07 - La nivelul serviciului de sterilizare există evidențe stării periodice a puterii de penetrabilitate a aburului prin metoda Bowie-Dick” aferent L.V. 54 – Managementul sterilizării;

- (1) are atribuții conform OMS/ANMCS nr. 1.312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.
- (2) Regulamentul de organizare și funcționare al C.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galați⁷ este prevăzut în Anexa nr.16 la prezentul Regulament.
- (3) Asigura întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

1. Reglementarea activității C.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuvioasa Parascheva” Galați are ca principale scopuri:

a) Adecvarea activităților desfășurate de către personalul C.M.C.S.S., așa cum sunt acestea prevăzute în normele legale care reglementează organizarea activității structurilor de management al calității și siguranței pacienților la nivelul unităților sanitare publice, la specificul proceselor și activităților subsecvente acestora care se desfășoară la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuvioasa Parascheva” Galați.

b) Se asigură posibilitatea tuturor angajaților spitalului de a lua act de locul, rolul, importanța și activitățile desfășurate de către personalul C.M.C.S.S. în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuvioasa Parascheva” Galați precum și de decizia declarată public de către managerul spitalului în a susține activitatea acestora.

c) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- i. Apariția unor disfuncționalități în ceea ce privește exercitarea atribuțiilor desfășurate de către personalul C.M.C.S.S. în contextul în care angajații Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuvioasa Parascheva” Galați nu au cunoștință de activitățile pe care le desfășoară C.M.C.S.S.;
- ii. Incertitudinea în ceea ce privește delimitarea clară a activităților desfășurate de către C.M.C.S.S. și a atribuțiilor exercitate de către personalul care încadrează respectiva structură;
- iii. Neconformarea la indicatorul *”01.07.01.02.02 – Activitatea S.M.C. este reglementată”* aferent L.V. 06 – Managementul calității (atribuțiile SMC), anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare.

Compartimentul managementul calității serviciilor de sanatare este subordonat direct managerului spitalului, avand atribuții conform OMS/ANMCS nr. 1.312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

⁷Bază: Indicatorul *”01.07.01.02.02 – Activitatea S.M.C. este reglementată”* aferent L.V. 06 – Managementul calității (atribuțiile SMC), anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;

2. C.M.C.S.S., se normează potrivit prevederilor statului de organizare la posturi fixe generale și se organizează potrivit prevederilor acestuia la nivel de compartiment, având în structură posturi cu studii superioare.

3. C.M.C.S.S., are ca principal obiect de activitate implementarea la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

3.1. Rolul C.M.C.S.S., în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați constă în organizarea, planificarea, coordonarea și monitorizarea activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

3.2. Controlul activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului reprezintă responsabilitatea managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați în a cărei subordine directă se află personalul C.M.C.S.S.,

4. Pentru realizarea obiectului său de activitate, C.M.C.S.S., asigură în principal:

a) Elaborarea împreună cu Consiliul medical, a planului de management al calității serviciilor de sănătate, precum și coordonarea și monitorizarea implementării acestuia. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în acesta, funcție de fondurile financiare la dispoziție;

b) Evaluarea periodică a stadiului de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și a nivelului de conformitate cu standardele adoptate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate;

c) Informarea periodică a conducerii Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați și a personalului din cadrul acestuia cu privire la nivelul de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și, după caz, actualizarea acestuia;

d) Coordonarea și monitorizarea elaborării de către structurile de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați a documentelor calității în vederea implementării și dezvoltării continue la nivelul acestora a conceptului de "Calitate". În accepțiunea prezentului Regulament, prin documentele calității se înțelege totalitatea documentelor și a înregistrărilor pe baza cărora se organizează și funcționează sistemul de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

e) Asigurarea instruirii și informării permanente a personalului din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați cu privire la organizarea și implementarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

f) Coordonarea și evaluarea periodică a procesului de implementare a standardelor adoptate de către A.N.M.C.S., precum și monitorizarea activităților desfășurate în vederea îmbunătățirii nivelului de conformitate cu acestea;

g) Măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de către Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;

- h) Coordonarea activității de colectare și de raportare, conform legislației în vigoare, a datelor și documentelor necesare în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- i) Coordonarea activității de analiză, evaluare și raportarea indicatorilor de monitorizare a conformității la cerințele standardelor adoptate de către A.N.M.C.S.;
- j) Monitorizarea, centralizarea, analiza și raportare către A.N.M.C.S. a situațiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele adoptate de către A.N.M.C.S.;
- k) Coordonarea și participarea, alături de alte structuri din Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați la organizarea și desfășurarea activității de audit clinic;
- l) Coordonarea și participarea, alături de alte structuri din Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați la organizarea și desfășurarea procesului de management al riscurilor;
- m) Asigurarea consilierii conducerii Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului și participarea la elaborarea și implementarea politicii de calitate a serviciilor de sănătate la nivelul acestuia;
- n) Elaborarea și înaintarea către conducerea Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați a rapoartelor periodice conținând propuneri și recomandări ca urmare a activităților desfășurate și a rezultatelor obținute.
- o) Asigurarea mecanismelor de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;
- p) Înaintarea de propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);
- q) Măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de către unitatea sanitară, inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;
- r) Analizarea permanentă a neconformităților constatate în derularea proceselor/activităților și înaintarea de propuneri privind luarea de măsuri de îmbunătățire sau corective ce se impun;
- s) Monitorizarea, centralizarea, analiza și raportarea către ANMCS a situațiilor legate de producere a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării unității sanitare sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele ANMCS;
- t) Coordonarea elaborării procedurilor și protocoalelor de bune practici clinice și manageriale;
- u) Înaintarea de propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și luarea măsurilor necesare de implementare, dezvoltare și armonizare a mediului ambiant (cultura organizațională) și culturii calității în Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați;
- v) Coordonarea activității de monitorizare a condițiilor de obținere / menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate

ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 – Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical / Comitetul director, după caz;

w) Analizarea conținutului standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 și stabilirea drumului de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea / aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;

x) În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare, propune:

i. un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori;

ii. modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;

iii. documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înregistrările redundante și inutile;

iv. activitățile pentru care este necesară se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;

v. actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;

vi. proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;

vii. echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri / protocoale;

viii. circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;

ix. implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate.

4.1. Pentru îndeplinirea activităților C.M.C.S.S., menționate la alineatul precedent, fiecăruia dintre membrii acestuia i se întocmește o fișă de post în care se detaliază atribuțiile specifice, corelate cu competențele specifice deținute în raport cu domeniul de licență absolvit, care se postează pe serverul spitalului în directorul "Fișe de post / Compartimentul managementul calitatii serviciilor medicale".

4.2. Personalul încadrat în cadrul C.M.C.S.S., se constituie ca membrii ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați, întocmind în acest sens analize anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.

5. În vederea îndeplinirii activităților și Responsabilităților proprii, C.M.C.S.S., va avea în vedere în permanență:

a) creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;

b) implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;

c) implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;

d) dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

6. C.M.C.S.S., de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați este condusă de către un șef de compartiment care are calitatea de responsabil cu managementul calității.

6.1. RMC este responsabil cu managementul calității la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

6.2. RMC are următoarele atribuții principale:

a) Planifică, organizează, coordonează și monitorizează întreaga activitate privind implementarea sistemului de management al calității și siguranței pacientului la nivelul spitalului;

b) Coordonează și controlează funcționarea C.M.C.S.S.;

c) Analizează și avizează procedurile interne ale C.M.C.S.S.;

d) Elaborează și supune aprobării managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați planul anual de formare și perfecționare profesională a personalului din subordine;

e) Analizează și avizează documentele calității elaborate la nivelul unității sanitare;

f) Analizează și avizează împreună cu Consiliul medical planul de management al calității serviciilor de sănătate de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

g) Coordonează și monitorizează activitățile legate de asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate desfășurate de către responsabilii desemnați la nivelul fiecăreia dintre structurile Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

h) Coordonează și monitorizează activitățile legate de asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate desfășurate de către comisiile, consiliile și comitetele constituite la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

i) Elaborează și înaintează spre aprobare managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați rapoarte / informări periodice privind activitatea C.M.C.S.S., pe care le aduce la cunoștința personalului spitalului, prin prezentarea acestora la raportul de gardă și postarea lor pe serverul spitalului, după caz;

j) Coordonează și monitorizează activitățile privind raportarea și monitorizarea efectelor adverse asociate asistenței medicale, fără caracter acuzator;

k) Colaborează cu șefii celorlalte structuri din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați în vederea implementării sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

l) Asigură comunicarea permanentă cu responsabilul zonal cu monitorizarea, desemnat de către A.N.M.C.S. și cu Oficiul Teritorial al ANMCS;

m) Planifică, organizează, coordonează și monitorizează întreaga activitate privind implementarea sistemului de management al calității și siguranței pacientului la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați;

n) În calitate de coordonator al echipei de audit clinic, desfășoară auditul clinic în baza unei planificării anuale, utilizând în acest sens rezultatele rapoartelor de evaluare periodică a protocoalelor diagnostice și terapeutice puse la dispoziție de către structurile din cadrul spitalului abilitate. La solicitarea managerului spitalului desfășoară misiuni de audit clinic suplimentare, atunci când apar evenimente indezirabile;

o) Întocmește analize, în formări privind stadiul implementării sistemului de management al calității, în cadrul cărora identifică problemele și propune măsuri de remediere a acestora, urmărind ulterior punerea în practică a propunerilor adoptate;

p) În vederea conformării la referințele, standardele, criteriile, cerințele și indicatorii utilizați de către A.N.M.C.S. în procesul de evaluare sau / și în procesul de monitorizare, întocmește propuneri scrise privind:

- elaborarea și revizuirea planului strategic de dezvoltare al spitalului, regulamentului de organizare și funcționare, regulamentului intern, procedurilor operaționale, etc.
- modificări ale organigramei spitalului;
- modificări ale circuitelor funcționale din cadrul spitalului;
- implementarea unor prevederi normative nou apărute, care privesc sau au legătură cu managementul calității serviciilor medicale;
- îmbunătățirea oricărui dintre procesele derulate în cadrul spitalului în contextul în care constată că acestea determină probleme de calitate sau / și siguranță ale părților implicate în acestea;
- implementarea de procese / activități noi.

q) Consiliază managerul spitalului privind implementarea și îmbunătățirea permanentă a sistemului de management al calității, întocmind la cererea acestuia puncte de vedere bine documentate - bazate pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor, ordinelor și dispozițiilor în vigoare;

r) În cadrul procesului de monitorizare de către A.N.M.C.S. a spitalului, asigură permanent, cu sprijinul Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților, fluența comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toată durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse prin respectiva normă juridică;

6.3. R.M.C. participă ca membru sau are statut de invitat permanent, precum și de secretar, după caz, la următoarele activități/comisii/comitee/consilii:

- a) Comitetul director – are statut de invitat permanent și asigură secretariatul ședințelor;
- c) Consiliul medical – are statut de invitat permanent;
- d) Comisia de monitorizare – este membru permanent al acesteia și asigură secretariatul ședințelor prin personalul din subordine;
- e) Comisia de coordonare și implementare a managementului calității serviciilor medicale și siguranței pacienților – asigură secretariatul ședințelor;
- f) Ședințele managerului – participă la ședințele zilnice ordinare precum și la cele extraordinare când este nominalizat;

6.4. Pe parcursul activităților menționate la alineatul precedent R.M.C. are obligația de a consilia conducerea unității în toate problemele care pot avea legătură cu îmbunătățirea proceselor / activităților din cadrul spitalului, oferind în acest sens soluții viabile, în concordanță cu prevederile actelor normative în vigoare incidente.

7. Personalul C.M.C.S.S. desfășoară zilnic, în zilele lucrătoare, program de lucru în intervalul orar 07.30-15.30.

8. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitatea activităților desfășurate de către C.M.C.S.S., sunt următorii:

- a) Gradul de îndeplinire în termenele legale al activităților necesar a fi desfășurate de către C.M.C.S.S., pe parcursul unui an calendaristic;
- b) Gradul de îndeplinire în termenele legale al atribuțiilor necesar a fi executate de către personalul C.M.C.S.S., pe parcursul unui an calendaristic;
- c) Activitățile desfășurate de către C.M.C.S.S., sunt bazate permanent pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor, ordinelor și dispozițiilor în vigoare;
- d) Număr de propuneri formulate în raport cu numărul de neconformități constatate pe parcursul unui an calendaristic
- e) Impactul previzionat al implementării propunerilor formulate în raport cu numărul de neconformități constatate pe parcursul unui an calendaristic;
- f) Număr de reclamații întocmite de către personalul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați prin care sesizează neîndeplinirea unor activități de către C.M.C.S.S., sau neexecutarea unor atribuții funcționale de către membrii acestora;

Indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului strategic privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților sunt înscrși anual în planul de management al calității serviciilor de sănătate elaborat de către C.M.C.S.S., împreună cu Consiliul medical.

Art. 32 Compartiment evaluare și statistica medicală

Compartimentul evaluare și statistica medicală are, în principal, următoarele atribuții:

1. întocmirea rapoartelor, centralizărilor, datelor de seamă și situațiilor statistice periodice lunare, trimestriale, semestriale și anuale;
2. executarea, în termenele stabilite, a tuturor lucrărilor de statistica, precum și a celor necesare pentru activitatea operativă a instituției;
3. asigurarea circuitului informațional al datelor prin sistemul informatic existent;
4. introducerea zilnică, verificarea și transmiterea datelor privitoare la pacienți din foile de observație;
5. transmiterea și prelucrarea datelor prin internet;
6. primirea documentației medicale a bolnavilor ieșiți din spital (foi de observație);
7. clasificarea foilor de observație ale bolnavilor ieșiți pe grupe de boli, pe secții, pe an;
- 8.ținerea evidenței datelor statistice pe formulare stabilite de Ministerul Sănătății și întocmirea rapoartelor statistice ale spitalului, verificând exactitatea datelor statistice ale secțiilor cuprinse în rapoartele secțiilor;
9. punerea la dispoziția secțiilor a datelor statistice și a documentației medicale necesare pentru activitatea curentă și asigurarea prelucrării datelor statistice;
10. urmărirea corelării diferiților indicatori de activitate comparativ cu alte unități și informarea șefilor de secție și a conducerii unității;
11. ținerea la zi a evidenței informatizate a pacienților externati și răspunderea pentru corectitudinea datelor introduse în calculator;
12. întocmirea documentației medicale a bolnavilor ieșiți din spital (foi de observație, foi de temperatură);
13. asigurarea controlului zilnic al foilor de mișcare și compararea cu baza de date;
14. asigurarea înregistrării mișcării zilnice a bolnavilor în centralizatorul electronic;

15. efectuarea controlului periodic al listei bolnavilor iesiti si intocmirea situatiei numerice a acestora;

16. asigurarea centralizarii concediilor medicale furnizate de sectii, tiparirea si expedierea prin e-mail la Casa de Asigurari de Sanatate Galati;

17. urmarirea inregistrarii corecte a datelor bolnavilor;

18. asigura prevalidarea pacientilor in maxim 72 de ore de la internare pentru pacientii internati in spitalizare continua si zilnic pentru pacientii internati in spitalizarea de zi .

19. asigura intocmirea documentatiei necesare si/sau luarea masurilor administrative, dupa caz, necesare conformarii indicatorilor aferenti listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii

20. asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

21. elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;

22. Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure intocmirea documentatiei necesare si/sau luarea masurilor administrative, dupa caz, necesare conformarii indicatorilor aferenti listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 33 Compartimentul pentru supravegherea, prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale

Compartimentul pentru supravegherea, prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale are, in principal, urmatoarele atributii:

a) organizeaza si participa la intalnirile Comitetului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale;

b) propune managerului sanctiuni pentru personalul care nu respecta procedurile si protocoalele de prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale;

c) seful/responsabilul contractat participa in calitate de membru la sedintele Comitetului director al unitatii sanitare si, dupa caz, propune acestuia recomandari lege pentru implementarea corespunzatoare a planului anual de prevenire a infectiilor, echipamente si personal de specialitate;

d) elaboreaza si supune spre aprobare planul anual de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale din unitatea sanitara;

e) organizeaza, in conformitate cu metodologia elaborata de Institutul National de Sanatate Publica, anual, un studiu de prevalenta de moment a infectiilor si a consumului de antibiotice din spital;

f) organizeaza si deruleaza activitati de formare a personalului unitatii in domeniul prevenirii infectiilor asociate asistentei medicale;

g) organizeaza activitatea serviciului/compartimentului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale pentru implementarea si derularea activitatilor cuprinse in

planul anual de supraveghere si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale al unitatii;

h) propune si initiaza activitati complementare de preventie sau de limitare cu caracter de urgenta, in cazul unor situatii de risc sau al unui focar de infectie asociata asistentei medicale;

i) elaboreaza ghidul de izolare al unitatii sanitare si coordoneaza aplicarea precautiilor specifice in cazul depistarii colonizarilor/infectiilor cu germeni multiplu rezistenti la pacientii internati;

j) intocmeste harta punctelor si zonelor de risc pentru aparitia infectiilor asociate asistentei medicale si elaboreaza procedurile si protocoalele de prevenire si limitare in conformitate cu aceasta;

k) implementeaza metodologiile nationale privind supravegherea bolilor transmisibile si studiile de supraveghere a infectiilor asociate asistentei medicale;

l) verifica completarea corecta a registrului de monitorizare a infectiilor asociate asistentei medicale de pe sectii si centralizeaza datele in registrul de monitorizare a infectiilor al unitatii;

m) raporteaza la directia de sanatate publica judetean infectiile asociate asistentei medicale ale unitatii si calculeaza rata de incidenta a acestora pe unitate si pe sectii;

n) organizeaza si participa la evaluarea eficientei procedurilor de curatenie si dezinfectie prin recoltarea testelor de autocontrol;

o) colaboreaza cu medicul de laborator pentru cunoasterea circulatiei microorganismelor patogene de la nivelul sectiilor si compartimentelor, cu precadere a celor multirezistente si/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;

p) solicita trimiterea de tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referinta, in conformitate cu metodologiile elaborate de Institutul National de Sanatate Publica, in scopul obtinerii unor caracteristici suplimentare;

q) supravegheaza si controleaza buna functionare a procedurilor de sterilizare si mentinere a sterilitatii pentru instrumentarul si materialele sanitare care sunt supuse sterilizarii;

r) supravegheaza si controleaza activitatea de triere, depozitare temporara si eliminare a deseurilor periculoase rezultate din activitatea medicala;

s) organizeaza, supravegheaza si controleaza respectarea circuitelor functionale ale unitatii, circulatiei pacientilor si vizitatorilor, a personalului si, dupa caz, a studentilor si elevilor din invatamantul universitar, postuniversitar sau postliceal;

t) avizeaza orice propunere a unitatii sanitare de modificare in structura unitatii;

u) supravegheaza si controleaza respectarea in sectiile medicale si paraclinice a procedurilor de triaj, depistare si izolare a infectiilor asociate asistentei medicale;

v) raspunde prompt la informatia primita din sectii si demareaza ancheta epidemiologica pentru toate cazurile suspecte de infectie asociata asistentei medicale;

w) dispune, dupa anuntarea prealabila a managerului unitatii, masurile necesare pentru limitarea difuziunii infectiei, respectiv organizeaza, dupa caz, triaje epidemiologice si investigatii paraclinice necesare;

x) intocmeste si finalizeaza ancheta epidemiologica a focarului, difuzeaza informatiile necesare privind focarul, in conformitate cu legislatia, intreprinde masuri si activitati pentru evitarea riscurilor identificate in focar;

y) solicita colaborările interdisciplinare sau propune solicitarea sprijinului extern de la direcția de sănătate publică sau Institutul Național de Sănătate Publică - centru regional la care este arondat, conform reglementărilor în vigoare;

z) raportează managerului problemele depistate sau constatate în prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

aa) întocmește rapoarte cu dovezi la dispoziția managerului spitalului, în cazurile de investigare a responsabilităților pentru infecții asociate asistenței medicale.

ab) asigură întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

ab) asigură arhivarea documentelor compartimentului conform legislației în vigoare;

ac) elaborează/actualizează, procedurile operationale pentru activitățile principale desfășurate în cadrul structurii și le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;

ad) Responsabilități privind Sistemul de Management al Calității:

- să cunoască și să respecte și să aplice documentele Sistemului de Management al Calității aplicabile în activitatea depusă;
- să participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă;
să asigure întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

Art. 34. -Farmacie circuit închis

(1) În cadrul spitalului funcționează o farmacie cu circuit închis. Farmacia asigură și gestionează întreaga medicație necesară bolnavilor internați.

(2) Farmacia are, în principal, următoarele atribuții:

1. receptia produselor farmaceutice și a materialelor sanitare pe baza documentelor de primire;
2. aprovizionarea, depozitarea și pastrarea medicamentelor în condiții corespunzătoare;
3. verificarea termenului de valabilitate a medicamentelor și substanțelor farmaceutice;
4. asigurarea de medicamente necesare activității de asistență medicală a spitalului;
5. asigurarea aprovizionării cu medicamente;
6. pastrarea, prepararea și eliberarea medicamentelor de orice natură și formă, potrivit Farmacopeei române în vigoare, a specialităților farmaceutice autorizate și a altor produse farmaceutice, conform nomenclatorului aprobat de Ministerul Sănătății;
7. depozitarea produselor conform normelor în vigoare (farmacopee, standarde sau norme interne) ținându-se seama de natură și proprietățile lor fizico-chimice;
8. organizarea și efectuarea controlului calității medicamentului și luarea de măsuri ori de câte ori este necesar pentru preîntâmpinarea accidentelor, informând imediat organul superior;
9. asigurarea controlului preventiv, verificarea organoleptică și fizică, verificarea operațiilor finale, analiza calitativă a medicamentului la masa de analize;

10. prepararea și eliberarea medicamentelor potrivit normelor stabilite de Ministerul Sănătății;

11. întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziții publice de medicamente și unele materiale sanitare;

12. operarea în programul informatic a documentelor de eliberare a medicamentelor;

13. participarea pe baza consumurilor și a stocurilor din farmacie la efectuarea comenzilor lunare de medicamente simptomatice;

14. asigură, în condiții optime, gestiunea stocurilor de produse farmaceutice, material sanitar, etc.;

15. răspunde pentru lipsurile sau plusurile constatate de comisia de inventariere, constituită de managerul spitalului, în condițiile legii, iar în domeniul infecțiilor asociate asistenței medicale farmacia are următoarele atribuții:

a) obținerea, depozitarea și distribuția preparatelor farmaceutice, utilizând practici care limitează posibilitatea transmisiei agentului infecțios către pacienți;

b) distribuția medicamentelor antiinfecțioase și antiretrovirale HIV SIDA cu respectarea reglementărilor privind avizarea acestei prescripții existente în spital șiținerea unei evidențe adecvate;

c) obținerea și depozitarea vaccinurilor sau imunoglobulinelor specifice/serurilor heterologe și distribuția lor în mod adecvat;

d) păstrarea evidenței antibioticelor distribuite departamentelor medicale;

e) raportează către serviciul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, medicului responsabil de politica utilizării antibioticelor consumul de antibiotice pe clase și pe secțiile unității sanitare și participă la evaluarea tendințelor utilizării antibioticelor;

f) colaborează cu medicul infecționist/clinician responsabil de elaborarea politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor în monitorizarea consumului de antibiotice;

g) organizează și realizează baza de date privind consumul de antibiotice din unitate, pe clase de antibiotice și pe secții/compartimente, cu calcularea DDD/100 zile spitalizare și a duratei medii a terapiei cu antibiotice per pacient internat, pe suport electronic.

(3) Activitatea de evaluare și validare a prescripției medicale de către farmacistul/farmacista clinician/farmacologul încadrat în farmacia spitalului/spital⁸, după caz, constă în verificarea autenticității și analiza conținutului prescripției incluzând și o analiză a terapiei medicamentului, care presupune:

a) Verificarea autenticității prescripției se realizează utilizând experiența farmacistului/farmacologului, resursele materiale din farmacie (baza de date, sistemul informatic, etc.), astfel:

- se verifică antetul rețetei, tipul de formular (Rp simplă, în regim compensat sau gratuit) a medicului prescriptor
- se verifică valabilitatea prescripției sau a altor documente medicale, conform reglementărilor în vigoare
- se verifică dacă rețeta are datele de identificare ale pacientului. Se urmărește obținerea de informații despre pacient, care pot influența răspunsul la medicament: vârstă, stare psiho-socială.
- se verifică dacă rețeta are înscris diagnosticul

⁸Bază: indicatorul „02.09.01.01.03 - În ROF sunt consemnate atribuțiile farmacistului/farmacologului clinician privind validarea prescripțiilor medicale” aferent L.V. 3 - Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/RI)

- se verifică dacă rețeta are semnătura și parafa medicului.
- în cazul unor erori de prescriere, farmacistul va lua legătura cu medicul prescriptor pentru clarificarea/rezolvarea acestora.

b) În cazul prescripțiilor medicale cu regim special PS - medicamente și preparate cu produse stupefiante și psihotrope, farmacistul/farmacologul verifică respectarea prescrierii pe formulare speciale, prevăzute de Legea 339/2005, astfel:

- Verifică formularul pe care sunt prescrise medicamentele (verde, galben)
- Verifică valabilitatea prescripțiilor medicale: Rp galbenă (stupefiante) are valabilitate de maxim 10 zile de la data prescrierii, iar Rp verde (psihotrope) are o valabilitate de maxim 30 zile de la data prescrierii.
- Se verifică cantitatea de medicamente, care pot fi prescrise pentru maxim 30 zile de tratament.
- Se verifică ca prescripția să conțină maxim 3 medicamente, inclusiv același medicament în 2 forme farmaceutice diferite.
- Se verifică ca prescripția să fie completată integral și lizibil. Aceasta nu trebuie să conțină mai mult de 2 corecturi/modificări lizibile, însoțite de parafa și semnătura medicului prescriptor.

c) Farmacistul/farmacologul utilizează toată experiența sa profesională și mijloacele materiale din farmacie pentru analiza prescripției medicale în ceea ce privește:

- aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
- adaptarea la persoana în cauză; contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute în prescripție; după caz unele aspecte sociale, economice, de reglementare;
- stare fizio-patologică, consum de alcool, tutun, regim alimentar, respectiv anamneza farmaceutică (întrebări suplimentare, consultarea altor documente medicale puse la dispoziție de pacient).

d) Analiza de către farmacist/farmacolog a terapiei medicamentoase presupune:

- verificarea tratamentului, dacă acesta este în concordanță cu diagnosticul
- identificarea medicamentelor: concentrațiile, dozele, posologia, calea de administrare, duratătratatamentului, contraindicații, incompatibilitățile medicamentoase
- identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise
- verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor
- verificarea dozelor maxime în cazul medicamentelor psihotrope și stupefiante
- verificarea, în cazul asocierii în amestecuri injectabile a faptului că substanțele medicamentoasesunt compatibile fizico-chimic
- evaluarea posibilității apariției interacțiunilor cu consecințe clinice: între medicamente, între medicamente și alimente, între medicamente și parametri biologici.
- determinarea precauțiilor la utilizare și a efectelor adverse ale medicamentelor prescrise(conducător auto, sportiv, etc)
- evaluare contraindicațiilor medicamentelor prescrise
- depistarea eventualelor erori de prescriere

e) în situația în care medicamentele solicitate lipsesc din farmacie, farmacistul se aprovizionează cuacestea în timp util

f) în cazul în care prescripția medicală nu poate fi onorată, farmacistul/farmacologul trebuie să îndrume pacientulcătre farmaciile cele mai apropiate

g) În cazul în care farmacistul/farmacologul constată contraindicații sau incompatibilități majore, va lua legătura cu medicul prescriptor pentru a clarifica situația, pe care o va comunica apoi pacientului.

h) În cazul în care farmacistul/farmacologul efectuează o substituție, acesta informează pacientul și obține acordul acestuia.

i) În cazurile speciale, în care produsul solicitat lipsește temporar de pe piață sau a fost retras definitiv de către producător sau ANMDM, i se explică situația pacientului, oferindu-i o alternativă dacă este posibil sau se îndrumă pacientul către medicul curant pentru schimbarea tratamentului.

j) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislației în vigoare;

k) elaborează/actualizează, procedurile operationale pentru activitățile principale desfășurate în cadrul structurii și le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;

l) Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

Art. 35. - Laboratoarele din cadrul structurii organizatorice a spitalului sunt organizate astfel:

(1) Laboratorul de analize medicale are, în principal, următoarele atribuții:

1. efectuarea analizelor medicale de: hematologie, biochimie, microbiologie, imunologie, parazitologie, micologie, necesare precizării diagnosticului, stadiului de evoluție a bolii și examenelor profilactice;

2. recepționarea produselor sosite pentru examen de laborator și inserierea lor corectă;

3. asigurarea recipientelor necesare recoltării produselor;

4. redactarea corectă și distribuirea la timp a rezultatelor examenelor efectuate;

5. întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziții publice de reactivi și materiale de laborator specifice;

6. raportarea statistică a numărului de analize efectuate pe bolnavii internați, iar în domeniul, iar în domeniul infecțiilor asociate asistentei medicale are următoarele atribuții:

a) efectuarea testelor pentru stabilirea agenților etiologici ai infecțiilor la pacienții internați;

b) efectuarea testelor de detecție a portajelor de germeni cu risc individual sau de focar epidemic dificil de controlat (multirezistenți la antibiotice);

c) seful laboratorului răspunde de implementarea sistemului de asigurare a calității;

d) seful laboratorului răspunde de elaborarea ghidurilor pentru recoltarea, manipularea, transportul și prezervarea corectă a probelor biologice, care vor fi însoțite de cererea de analiză completată corect;

e) seful laboratorului răspunde de elaborarea manualului de biosiguranță al laboratorului, utilizând recomandările din Ghidul național de biosiguranță pentru

laboratoarele medicale (cea mai recenta editie), in scopul evitarii contaminarii personalului si a mediului;

f) seful laboratorului raspunde de intocmirea si derularea programului de instruire a personalului din subordine in domeniul specific al prevenirii si limitarii infectiilor asociate asistentei medicale;

g) identificarea corecta a microorganismelor patogene; in cazul suspiciunii de infectie asociata asistentei medicale va asigura identificarea cat mai rapida a agentului etiologic al infectiilor asociate asistentei medicale din produsele patologice recoltate de la bolnavi/purtatori;

h) anuntarea imediata, obligatorie, inca de la suspiciune, a rezultatelor microbiologice, respectiv a rezultatelor de identificare ulterioare a microorganismelor catre medicul curant si serviciul/compartimentul de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale;

i) raspunde de raportarea imediata catre serviciul/compartimentul de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale a rezultatelor pozitive in urma screeningului pacientilor din sectiile cu risc pentru depistarea colonizarilor/infectiilor cu germeni multiplu rezistenti;

j) testeaza sensibilitatea/rezistenta la substante antimicrobiene a microorganismelor cu semnificatie clinica, utilizand metode standardizate;

k) organizeaza si realizeaza baza de date privind izolatele din unitatea sanitara si rezistenta la antibiotice, pe suport electronic;

l) monitorizeaza rezultatele neobisnuite si semnaleaza riscul aparitiei unui focar de infectie asociata asistentei medicale pe baza izolarii repetate a unor microorganisme cu acelasi fenotip (mai ales antibiotip), a unor microorganisme rare ori prin izolarea unor microorganisme inalt patogene sau/si multirezistente;

m) raporteaza, in regim de urgenta, aspectele neobisnuite identificate prin monitorizarea izolarii de microorganisme si a rezistentei la antibiotice serviciului/compartimentului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale;

n) stocheaza tulpini microbiene de importanta epidemiologica in vederea confirmarii caracterizarii si studiilor epidemiologice comparative intr-un laborator de referinta, cu respectarea reglementarilor legale privind biosecuritatea si biosiguranta.

o) Personalul Laboratorului analize medicale are obligatia de a organiza controlul intern al calitatii analizelor efectuate si de a participa la programele de evaluare externa a calitatii, potrivit prevederilor legale incidente in vigoare. Rezultatele controlului calitatii si masurile luate pentru imbunatatire se consemneaza si se analizeaza dupa primirea fiecarui raport de evaluare a performantelor laboratorului de analize medicale, obtinut in urma participarii la programele de evaluare externa a calitatii, intreaga documentatie care priveste controlul extern si intern de calitate fiind pusă la dispozitia Compartimentului de management al calitatii serviciilor medicale⁹.

p) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

q) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;

r) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

s) Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

⁹Bază: indicatorul „02.05.03.01.01- La nivelul SMC există analize periodice ale rezultatelor controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic” aferent L.V. 6 – Managementul calității (atribuțiile SMC) anexă la Ordinul președintelui ANMCS nr. 8/2018;

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
 - sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
 - sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.
 - sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de RENAR, in vederea monitorizarii /acreditarii.
- (2) Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, în care se efectueaza urmatoarele investigatii:**
- a) examene radiologice, la recomandarea medicilor curanti;
 - b) examene ecografice, la recomandarea medicilor curanti;
 - c) asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii;
 - d) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare; elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- e) Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:**
- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
 - sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
 - sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 36 -Ambulatoriul integrat

- (1) Ambulatoriul integrat are in componenta sa cabinete in specialitatea boli infectioase si dermatologie ;
- (2) Ambulatoriul integrat cu cabinete are, in principal, urmatoarele atributii:
 - a) stabilirea diagnosticului si tratamentului pacientilor care au venit cu bilet de trimitere catre unitatea spitaliceasca de la un medic specialist, aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, si care nu au necesitat internare in regim continuu sau de spitalizare de zi;
 - b) monitorizarea si controlul pacientilor care au fost internati in spital si care au venit la controalele programate la solicitarea medicului curant sau cu bilet de trimitere de la un medic specialist, aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, pentru afectiunile pentru care au fost internati;
 - c) consultatii interdisciplinare pentru pacientii internati in unitate sau pentru cei internati in alte spitale, in baza relatiilor contractuale stabilite intre unitatile sanitare respective; acestea se vor acorda prioritar;

d) stabilirea diagnosticului si tratamentului pacientilor care au venit cu bilet de trimitere de la un medic specialist, pentru specialitatile unice si care nu necesita internare in regim continuu sau de spitalizare de zi.

(3) In relatiile contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Galati ambulatoriul integrat are dreptul sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale pentru care asiguratul nu are bilet de trimitere, cu exceptia afectiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul integrat, a urgentelor si a serviciilor prevazute in Normele Contractului-cadru;

(4) In relatiile contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Galati ambulatoriul integrat are urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate si a activitatii desfasurate;

b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;

d) sa raporteze datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare;

e) sa respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor;

f) sa respecte programul de lucru, pe care sa-l afiseze la loc vizibil;

g) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

h) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;

i) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala;

j) sa acorde servicii medicale tuturor asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) sa solicite documentele care atesta calitatea de asigurat, in conditiile prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru;

l) sa informeze medicul de familie la care este inregistrat asiguratul, prin scrisoare medicala expediata direct, despre diagnosticul si tratamentele recomandate si sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice;

m) sa intocmeasca liste de asteptare pentru serviciile medicale programabile;

n) sa acorde servicii medicale tuturor asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;

o) sa acorde cu prioritate consultatii medicale personalului angajat in unitatile sanitare publice.

f) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

g) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;

h) Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;

- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

Art. 37 - Compartiment de evaluare si consiliere psihologica cu atributii in :

- Diagnostic, evaluare clinică și psihometrică;
 - Investigarea și diagnosticul tulburărilor psihice și altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice;
 - Evaluare cognitivă și neuropsihologică;
 - Evaluare comportamentală;
 - Evaluare subiectiv – emoțională;
 - Evaluare a personalității și mecanismelor de coping/adaptare/defensive;
 - Evaluare a unor aspecte psihologice specifice ale familiei sau altor grupuri;
 - Evaluare a contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă probleme psihologice;
 - Evaluarea dezvoltării psihologice;
 - Alte evaluări în situații care implică componente psihologice (ex. chestionare de interes în consiliere vocațională, etc);
 - Educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (prin prevenție primară și secundară);
 - Consiliere și terapie suportivă;
 - Consiliere în situații de criză;
 - Optimizare și dezvoltare personală și autocunoaștere;
 - Terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, familie);
 - Terapii standard de relaxare și sugestive;
 - Consiliere prin tehnici comportamentale;
 - Managementul conflictului și negociere;
 - Psihologul poate participa sau poate iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale, Realizarea de pliante, broșuri și alte materiale informative;
 - Prezentarea unor lucrări, conspecte sau mini- referate privind anumite teme de interes sau noutăți în domeniu;
 - asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;
 - elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- w) Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:**
- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
 - sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;

- sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 38 - Compartiment de asistenta sociala cu atributii in:

- Interventia in cazurile care au nevoie de asistenta sociala.
- Aplica procedura specifica de preluare ,evaluare si de stabilire a interventiei pentru pacientii care au nevoie de suport social;
- c) Oferă consiliere pacientului in situatia in care problemele medicale vor genera o schimbare radicala in viata acestuia (personala,sociala,profesionala,familiala,etc); consilierea este oferita si apartinatorilor;
- Aplica proceduri specifice de lucru prin care sa determine identitatea pacientului in cazul in care persoana care ajunge la spital fie nu detine acte de identitate sinu are apartinatori care sa le prezinte spitalului, fie nu isipoate declara identitatea sau aceasta nu poate fi confirmata din internarile anterioare;
- Asigura externarea dirijata in momentul in care un pacient trebuie transferat la domiciliu sau in institutii/organizatii care furnizeaza servicii sociale sinu are apartinatori care pot face acest transfer;
- Acorda asistenta specifica persoanelor faraadapost care solicita asistenta medicala si pune in contact pacientul cu servicii de asistenta de comunitate;
- Acorda asistenta specifica pentru suportul,protectia si colectarea datelor evidentelor in cazul victimelor violentei sexuale;
- Acorda asistenta specifica pacientilor care prezinta suspiciuni sau semne ale unor leziuni ale abuzului fizic si a violentei in familie;
- Acorda asistenta specifica in cazul copiilor asupra carora se manifesta orice forma de abuz sau neglijare;
- Acorda asistenta specifica in cazul copiilor care ajung neinsostiti de catre reprezentantii legali;
- asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii
- Informeaza si ghideaza apartinatoriipacientilordecedati cu privire la demersurile legale necesare;
- asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;
- elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul structurii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:**
 - sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
 - sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
 - sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 39 - Centrul evaluare Covid19 - spitalizare de zi , cu atributii in :

- a) Evaluarea pacientilor confirmati cu infectia cu virusul Sars Cov 2;
- b) Intocmirea documentelor specifice
- c) Investigatii necesare de specialitate prevazute de norme;
- d) Prescriere si eliberarea tratamentului
- e) Recomandari

Art. 40 - Unitate de transfuzie sanguine cu atributii in:

- a) Deservirea tuturor sectiilor spitalului la solicitare;
- b) Determinarea grupelor sanguine;
- c) Recepționarea specifica;
- d) Testările pretransfuzionale
- e) Testarea și administrarea sângelui și componentelor sanguine de origine umană;
- f) Inițierea/efectuarea transfuziilor;
- g) Monitorizarea pacienților transfuzați;
- h) asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii

B. Activități tehnico– administrativ

Art. 41. – Serviciul resurse umane, normare, organizare, salarizare – SSM, Intretinere si deservire

Este subordonat managerului unitatii si condus de catre un sef serviciu.

Art. 42. Compartimentul RUNOS-SSM are ca obiect de activitate aplicarea legislatiei in domeniul resurselor umane precum si coordonarea activitatii privind securitatea si sanatatea in munca a angajatilor unitatii.

- a) participă la elaborarea, regulamentului de organizare si functionare si a regulamentului intern;
- b) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul compartimentului RUNOS si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- c) urmareste ca fiecare angajat sa ia la cunostinta intocmai de continutul acestor documente;
- d) organizeaza, conform legislatiei in vigoare, concursurile pentru ocuparea posturilor; vacante, prin asigurarea secretariatului comisiei de concurs si a comisiei de contestatii;
- e) intocmeste contractele individuale de munca pentru personalul nou-incadrat si Ghidul noului angajat pe care il pune la dispozitia angajatului la semnarea contractului;

- f) actualizeaza contractele individuale de munca prin intocmirea de acte aditionale atunci cand se impune(modificari legislative,promovare, schimbare functie, desfacerea contractului individual de munca);
- g) intocmeste deciziile emise de catre conducerea unitatii;
- h) supravegheaza si indruma intocmirea/actualizarea fiselor de post pentru intreg personalul unitatii, fise ce vor fi intocmite de fiecare sef de sectie/structura;
- i) solicita, ori de cate ori este nevoie, actualizarea fiselor de post, atunci cand intervin modificari cu privire la locul de munca si sarcinile de serviciu;
- j) asigura aducerea la cunostinta angajatilor a fisei postului ;
- k) intocmeste si tine la zi dosarele personale ale salariatilor care trebuie sa cuprinda cel putin urmatoarele documente: actele necesare angajarii, contractul individual de munca, actele aditionale si celelalte acte referitoare la modificarea, suspendarea si incetarea contractelor individuale de munca, fisa postului,acte de studii/certificate de calificare, precum si orice alte documente care certifica legalitatea si corectitudinea completarii in Registrul General de Evidenta a Salariatilor.;
- l) intocmeste dosarele cerute de legislatia in vigoare, in vederea pensionarii;
- m) aplica prevederile legale privind protectia maternitatii la locurile de munca;
- n) intocmeste documentatia pentru modificarea structurii,organigramei si statutului de functii la solicitarea managerului ;
- o) revizuieste/modifica normarea personalului atunci cand se impune conform legislatiei in vigoare
- p) intocmeste statul de functii, conform normativului pentru toate categoriile de personal si a structurii aprobate;
- q) elaboreaza organigrama unitatii si o revizuieste ori de cate ori se impune;
- r) asigura efectuarea evaluarii personalului spitalului in conformitate cu legislatia in vigoare privind stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual și a fișei de evaluare a personalului de execuție și de conducere;
- s) intocmeste documentele pentru incadrarea medicilor rezidenti pe baza de repartitie;
- t) raspunde de intocmirea la termen a tuturor situatiilor si lucrarilor de resurse umane ;
- u) se informeaza cu privire la modificarile legislative specifice;
- v) administreaza baza de date privind evidenta personalului din unitate (inclusiv Revisal si programul de evidenta a personalului);
- w) certifica documentele solicitate de catre personalul unitatii, care atesta calitatea de salariati sau fosti salariati ai unitatii;
- x) elibereaza la cerere adeverinte privind calitatea de salariat care atesta vechimea in munca sau drepturile salariale;
- y) stabileste salariile de baza ale personalului contractual ca urmare a legislatiei in vigoare;
asigura acordarea la timp a drepturilor salariale legale, cuvenite pentru munca prestata si de salariu de baza, spor pentru conditii periculoase/vatamatoare, garzi, indemnizatii, premii anuale etc, in conformitate cu legislatia in vigoare;

- z) calculeaza certificatele de concediu medical potrivit prevederilor legale si se asigura de recuperarea c/v acestora de la Casa de Asigurari de Sanatate prin intocmirea documentatiei si transmiterea acesteia in termenul legal;
- aa) intocmirea la timp a documentelor fiscale si transmiterea acestora la administratia financiara in termenul prevazut de Codul Fiscal precum si efectuarea viramentelor pentru contributiile din partea angajatorului si a angajatilor;
- bb) efectueaza controlul prestarii muncii atat in cadrul programului de lucru cat si in afara acestuia (garzi, munca suplimentara etc.);
- cc) desfasoara activitate de control a documentelor care stau la baza stabilirii drepturilor salariale in concordanta cu atributiile prevazute in Decizia de Control Financiar Preventiv aprobata la nivelul spitalului;
- dd) intocmeste situatiile statistice lunare, trimestriale, semestriale si anuale privind fondul de salarii;
- ee) intocmeste situatiile cu privire la salarii solicitate de DSP si CAS in vederea finantarii;
- ff) urmareste existenta si comunicarea catre Casa de Asigurari de Sanatate a Judetului Galati a actelor privind salariatii unitatii necesare pentru semnarea contractelor de furnizare de servicii medicale (autorizatii de libera practica, polite de malpraxis); anunta salariatii in luna expirarii documentelor necesare pentru a fi in relatie contractuala cu Casa de Asigurari de Sanatate a Judetului Galati;
- gg) urmareste intocmirea planificarii concediilor de odihna, conform legislatiei in vigoare;
- hh) tine evidenta numarului de zile de concediu de odihna, concediu pentru formare profesionala si a numarului de zile de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca avut in ultimele 12 luni, in vederea acordarii certificatelor de concediu medical pentru angajatii unitatii;
- ii) tine evidenta orelor suplimentare si a recuperarii acestora prin avizarea cererilor de recuperare ;
- jj) verifica corectitudinea intocmirii graficelor de lucru in conformitate cu prevederile Codului Muncii , si informeaza sefi structurilor pentru eventualele neregularitati in vederea corectarii acestora;
- kk) semneaza cererile de concedii ,certificand incadrarea in numarul de zile de concediu ramase de efectuat ,respectarea planificarii ,existenta aprobarii sefului direct si existenta inlocuitorului ;
- ll) asigura secretariatul comisiilor de concurs pentru ocuparea posturilor vacante si intocmeste documentele privind incadrarea in munca a candidatilor declarati admisi pe baza proceselor verbale ale comisiilor, in conformitate cu prevederile legale;
- mm) executa la termenul precizat, orice alta lucrare repartizata de catre conducerea unitatii privind problemele specifice compartimentului RUNOS si SSM; urmareste aplicarea legislatiei in vigoare privind incadrarea, salarizarea, promovarea si acordarea tuturor celorlalte drepturi salariale si sesizeaza conducerea in cazul in care apar neregularitati;
- nn) asigura confidentialitatea datelor salariatilor in conformitate cu legislatia in vigoare, aplică măsurile necesare pentru păstrarea datelor cu caracter personal, de o manieră exactă, completată și actualizată pentru a îndeplini scopurile pentru care acestea au fost colectate;

- oo) participa la negocierea contractului colectiv de munca la nivel de unitate;
- pp) întocmeste Planul anual de pregătire profesională prin centralizarea propunerilor transmise de către structuri;
- qq) asigură arhivarea documentelor compartimentului conform legislației în vigoare;

Art. 43. Compartimentul Intreținere și deservire, prin angajații săi, efectuează activități de întreținere a spațiilor interioare (instalatori și lacatus mecanic) și exterioare (lucrător spații verzi) pentru spațiile/zonelor din spital.

Responsabilități privind Sistemul de Management al Calității:

- a) să cunoască și să respecte și să aplice documentele Sistemului de Management al Calității aplicabile în activitatea depusă;
- b) să participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă;
- c) să asigure întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

În ceea ce privește securitatea și sănătatea în muncă

- a) identificarea pericolelor și evaluarea riscurilor pentru fiecare componentă a sistemului de muncă, respectiv executant, sarcină de muncă, mijloace de muncă/echipamente de muncă și mediul de muncă pe locuri de muncă/posturi de lucru, precum și reevaluarea riscurilor ori de câte ori sunt modificate condițiile de muncă și propune măsuri de prevenire corespunzătoare ce vor alcatui programul anual de sănătate și securitate în muncă;
- b) elaborarea, îndeplinirea, monitorizarea și actualizarea planului de prevenire și protecție;
- c) elaborarea de instrucțiuni proprii pentru completarea și/sau aplicarea reglementărilor de securitate și sănătate în muncă, ținând seama de particularitățile activităților și ale unității, precum și ale locurilor de muncă/posturilor de lucru, și difuzarea acestora în unitate numai după ce au fost aprobate de către angajator;
- d) propunerea atribuțiilor și răspunderilor în domeniul securității și sănătății în muncă, ce revin lucrătorilor, corespunzător funcțiilor exercitate, care se consemnează în fișa postului, cu aprobarea angajatorului;
- e) verificarea însușirii și aplicării de către toți lucrătorii a măsurilor prevăzute în planul de prevenire și protecție, a instrucțiunilor proprii, precum și a atribuțiilor și responsabilităților ce le revin în domeniul securității și sănătății în muncă stabilite prin fișa postului;
- f) întocmirea unui necesar de documentații cu caracter tehnic de informare și instruire a lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă;
- g) elaborarea tematicii pentru toate fazele de instruire, stabilirea, în scris, a periodicității instruirii adecvate pentru fiecare loc de muncă în instrucțiunile proprii, asigurarea informării și instruirii lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă și verificarea însușirii și aplicării de către lucrători a

informațiilor primite;

- h) elaborarea programului de instruire-testare la nivelul unității;
- i) asigurarea întocmirii planului de acțiune în caz de pericol grav și iminent, conform prevederilor din H.G. nr. 1425/2006, cu modificările și completările ulterioare, și asigurarea ca toți lucrătorii să fie instruiți pentru aplicarea lui;
- j) evidența zonelor cu risc ridicat și specific;
- k) stabilirea zonelor care necesită semnalizare de securitate și sănătate în muncă, stabilirea tipului de semnalizare necesar și amplasarea conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 971/2006 privind cerințele minime pentru semnalizarea de securitate și/sau sănătate la locul de muncă;
- l) evidența meseriilor și a profesiilor prevăzute de legislația specifică, pentru care este necesară autorizarea exercitării lor;
- m) evidența posturilor de lucru care necesită examene medicale suplimentare;
- n) evidența posturilor de lucru care, la recomandarea medicului de medicina muncii, necesită testarea aptitudinilor și/sau control psihologic periodic;
- o) monitorizarea funcționării sistemelor și dispozitivelor de protecție, a aparaturii de măsură și control, precum și a instalațiilor de ventilare sau a altor instalații pentru controlul noxelor în mediul de muncă;
- p) verificarea stării de funcționare a sistemelor de alarmare, avertizare, semnalizare de urgență, precum și a sistemelor de siguranță;
- q) efectuarea controalelor interne la locurile de muncă, cu informarea, în scris, a angajatorului asupra deficiențelor constatate și asupra măsurilor propuse pentru remedierea acestora;
- r) întocmirea rapoartelor și/sau a listelor prevăzute de hotărârile Guvernului emise în temeiul art. 51 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 319/2006, inclusiv cele referitoare la azbest, vibrații, zgomot și șantiere temporare și mobile, după caz;
- s) evidența echipamentelor de muncă și urmărirea ca verificările periodice și, dacă este cazul, încercările periodice ale echipamentelor de muncă să fie efectuate de persoane competente, conform prevederilor din Hotărârea Guvernului nr. 1.146/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea în muncă de către lucrători a echipamentelor de muncă;
- t) identificarea echipamentelor individuale de protecție necesare pentru posturile de lucru din unitate și întocmirea necesarului de dotare a lucrătorilor cu echipament individual de protecție, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 1.048/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea de către lucrători a echipamentelor individuale de protecție la locul de muncă;
- u) urmărirea întreținerii, manipulării și depozitării adecvate a echipamentelor individuale de protecție și a înlocuirii lor la termenele stabilite, precum și în celelalte situații prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 1.048/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- v) participarea la cercetarea evenimentelor conform competențelor și tine evidența acestora;
- w) întocmirea evidențelor și raportărilor cf. legii securității și sănătății în muncă.
- x) elaborarea rapoartelor privind accidente de muncă suferite de lucrătorii din unitate, în conformitate cu prevederile art. 12 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 319/2006;
- y) urmărirea realizării măsurilor dispuse de către inspectorii de muncă, cu prilejul

- vizitelor de control și al cercetării evenimentelor;
- z) colaborarea cu lucrătorii și/sau reprezentanții lucrătorilor, serviciile externe de prevenire și protecție, medicul de medicina muncii, în vederea coordonării măsurilor de prevenire și protecție;
 - aa) colaborarea cu lucrătorii desemnați/serviciile interne/serviciile externe ai/ale altor angajatori, în situația în care mai mulți angajatori își desfășoară activitatea în același loc de muncă;
 - bb) propunerea de clauze privind securitatea și sănătatea în muncă la încheierea contractelor de prestări de servicii cu alți angajatori, inclusiv la cele încheiate cu angajatori străini, dacă este cazul;
 - cc) evidența echipamentelor, zonarea corespunzătoare, asigurarea/urmărirea ca verificările și/sau încercările periodice ale echipamentelor de muncă să fie efectuate la timp și de către persoane competente ori alte activități necesare, potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 1.058/2006 privind cerințele minime pentru îmbunătățirea securității și protecția sănătății lucrătorilor care pot fi expuși unui potențial risc datorat atmosferelor explozive;
 - dd) alte activități necesare/specifice asigurării securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă cf. prevederilor legale în vigoare;
 - ee) asigură auditarea securității și sănătății în muncă la nivelul unității ori de câte ori sunt modificate condițiile de muncă și stabilește nivelul de securitate; auditarea presupune analiza activității și stabilirea gradului de conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare;
 - ff) controlează, pe baza programului de activitate, toate locurile de muncă, în scopul prevenirii accidentelor de muncă;
propune măsuri pentru formarea personalului cu responsabilități în domeniul protecției muncii;
 - gg) organizează instructajul de sănătate și securitate în muncă;
 - hh) elaborează lista privind dotarea personalului cu echipamente individuale de protecție și de lucru;
 - ii) prezintă Comitetului de securitate și sănătate în muncă raportul cu privire la situația securității și sănătății în muncă, acțiunile care au fost întreprinse și eficiența acestora; un exemplar din acest raport trebuie prezentat Inspectoratului Teritorial de Muncă;
 - jj) verifică aplicarea normativului - cadru de acordare și utilizare a echipamentului individual de protecție, ținând seama de factorii de risc identificați;
 - kk) face propuneri către manager cu privire la îmbunătățirea activității spitalului referitoare la securitatea muncii
 - ll) organizează, stochează și utilizează corespunzător și în condiții de deplină siguranță documentele aferente derulării activităților specifice;
 - mm) efectuează instructajul de protecția muncii pentru personalul nou-angajat în unitate conform legislației în vigoare;
 - nn) controlează toate locurile de munca în scopul prevenirii accidentelor de munca și îmbolnavirilor profesionale;
 - oo) verifică ori de câte ori este nevoie dacă noxele se încadrează în limitele de nocivitate admise pentru mediul de munca pe baza măsurătorilor efectuate de către organisme abilitate sau laboratoarele proprii abilitate să propună măsuri tehnice și organizatorice de reducere a acestora când este cazul;

- pp) participa la cercetarea accidentelor de munca si tine evidenta acestora;
- qq) asigura evaluarea riscurilor de accidentare si imbolnavire profesionala la locurile de munca prin identificarea factorilor de risc de accidentare si imbolnavire profesionala in vederea eliminarii sau diminuarii riscurilor, dupa caz, prevenirii accidentelor de munca si a bolilor profesionale;
- rr) urmareste realizarea masurilor dispuse de catre inspectorii de munca, cu prilejul vizitelor de control si al cercetarii evenimentelor;

Art. 44. – Compartimentul financiar-contabil

Compartimentul financiar-contabil are, in principal, urmatoarele atributii:

- a) asigura organizarea contabilitatii conform prevederilor legale si asigurarea efectuarii corecte si la timp a inregistrarilor;
- b) asigura realizarea si raportarea indicatorilor de performanta economico-financiari; intocmeste bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului in vederea aprobarii Comitetului Director , avizarii de catre Consiliul de administratie si aprobarii de catre ordonatorul principal de credite; intocmeste programul investitii in baza propunerilor primite de la compartimentul de achizitii publice;
- c) asigura si exercita controlul financiar preventiv in conformitate cu dispozitiile legale;
- d) raspunde de inregistrarea in contabilitate a tuturor operatiunilor si bunurilor care alcatuiesc domeniul public al statului, in baza documentelor justificative primite;
- e) asigura si raspunde de buna organizare a activitatii financiar-contabile a unitatii, de intocmirea la timp si corect a balantelor de verificare, a executiei bugetare, a darilor de seama trimestriale si anuale (cu anexele corespunzatoare);
- f) organizeaza evidenta angajamentelor bugetare si legale, raspunde de si asigura angajarea, lichidarea, ordonantarea si plata cheltuielilor;
- g) ia masuri sa nu angajeze cheltuieli peste bugetul aprobat;
- h) asigura si contribuie la organizarea si desfasurarea inventarierii patrimoniului cel putin o data pe an sau in cazuri exceptionale (calamitati, nereguli, fraude);
- i) raspunde si asigura inregistrarea in contabilitate a rezultatelor inventarierii (plusurile se inregistreaza, iar minusurile se imputa persoanelor vinovate) pe baza documentelor justificative primite;
- j) inregistreaza in contabilitate toate drepturile de creanta si toate obligatiile de plata catre furnizori si creditor;
- k) asigura aplicarea tuturor masurilor necesare pentru integritatea patrimoniului si raspunde de recuperarea pagubelor aduse spitalului;
- l) asigura aplicarea dispozitiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale, evidenta bunurilor de orice fel si ia masuri pentru tinerea la zi si corect a evidentelor contabile;
- m) organizeaza, indruma si coordoneaza activitatile care asigura alimentatia bolnavilor internati in spital din punctul de vedere al incadrarii bugetare;
- n) pune la dispozitia organelor si organismelor competente, la solicitarea acestora, in conditiile legii, date privind activitatea spitalului;

- o) raporteaza Directiei de Sanatate Publica Galati, Ministerului Sanatatii, Casei de Asigurari de Sanatate Galati, Ministerului de finante ,Consiliului Judetean Galati situatiile solicitate in legatura cu activitatea desfasurata in spital;
- p) organizeaza verificarea documentelor de cheltuieli sub aspectul formei, continutului si legalitatii acestora;
- q) asigura inregistrarea cheltuielilor pe centre de cost si intocmirea rapoartelor necesare stabilirii indicatorilor economici pe acestea;
- r) stabileste costurile pe ziua de spitalizare pe sectii si transmite firmei care gestioneaza sistemul informatic periodic valorile pentru implementarea in aplicatia informatica in vederea actualizarii decontului de cheltuieli;
- s) organizeaza si raspunde de gestionarea numerarului unitatii privind Regulamentul operatiunilor de casa;
- t) respecta prevederile legale in vigoare cu privire la pastrarea confidentialitatii datelor, informatiilor si documentelor referitoare la activitatea spitalului.
- u) raspunde de intocmirea la timp si in conformitate cu dispozitiile legale a darilor de seama contabile;
- v) asigura masurile de pastrare, manipulare si folosire a formularelor cu regim special;
- w) organizeaza actiunea de perfectionare a pregatirii profesionale pentru salariatii compartimentului;
- x) intocmeste studiul privind imbunatatirea activitatii economice din unitate si propune masuri corespunzatoare;
- y) intocmeste lucrarile privind proiectele planurilor bugetului de venituri si cheltuieli;
- z) ia masurile necesare pentru asigurarea integritatii bunurilor si pentru recuperarea pagubelor;
- aa) raspunde de indeplinirea conditiilor legale privind angajarea gestionarilor, constituirea garantiilor si retinerea ratelor;
- bb) organizeaza verificarea documentelor justificative de cheltuieli sub aspectele formei, continutului si legalitatii operatiunii;
- cc) analizeaza periodic utilizarea bunurilor materiale si luarea masurilor necesare impreuna cu celelalte birouri si servicii din unitate, in ceea ce priveste stocurile disponibile, supranormative, fara miscare, sau cu miscare lenta, sau pentru prevenirea oricaror alte imobilizari de fonduri
- dd) raspunde de intocmirea formelor de recuperare a sumelor care eventual au fost gresit platite;
- ee) urmaresc contractele incheiate cu Casa de Asigurari de Sanatate in vederea decontarii serviciilor medicale (spitalicesti, ambulatoriu, paraclinice);
- ff) intocmesc lunar facturile pentru decontarea serviciilor medicale (spitalicesti, ambulatoriu, paraclinice);
- gg) intocmesc facturile de regularizare pentru serviciile medicale prestate pentru asigurati si decontate de Casa de Asigurari de Sanatate;
- hh) intocmesc necesarul de fonduri pentru programele nationale de sanatate finantate de Ministerul Sanatatii;
- ii) verifica lunar, anual sau ori de cate ori este nevoie corectitudinea evidentei contabile cu evidenta tehnico-operativa a gestionarilor;
- jj) se preocupa de informatizarea lucrarilor contabile;
- kk) intocmesc necesarul de fonduri pentru actiunile de sanatate finantate de Ministerul Sanatatii;

- ll) verifica documentele justificative de cheltuieli sub aspectul, formei, continutului si legalitatii operatiunilor;
- mm) verifica toate operatiunile consemnate de Trezoreria Statului in extrasele de cont; verifica si inregistreaza in contabilitate documentele care stau la baza operatiunilor de plati in numerar;
- nn) intocmesc bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului cu anexele corespunzatoare, listele de investitii in conformitate cu prevederile legale si il supun aprobarii conducerii, consiliului de administratie al spitalului si Ministerului Sanatatii;
- oo) intocmesc si inregistreaza facturile pentru serviciile medicale efectuate de spital pentru alte unitati sanitare, precum si catre altii clienti in conformitate cu contractele incheiate de spital pentru diverse servicii si urmaresc inclusiv incasarea lor.
- pp) colecteaza si introduce in aplicatiile informatice factorii de repartitie a cheltuielilor indirecte, precum si veniturile aferente centrelor de cost;
- qq) elaboreaza rapoarte financiare privind tipurile de cheltuieli efectuate de fiecare centru de cost, precum si tipurile de venituri efectiv realizate de fiecare centru de cost;
- rr) instiinteaza centrele de cost asupra rezultatelor obtinute, precum si a evolutiei in timp a veniturilor si cheltuielilor realizate;
- ss) sprijina conducatorii centrelor de costuri privind imbunatatirea si realizarea in bune conditii a serviciilor medicale acordate;
- tt) determina costurile efective ale procedurilor medicale realizate si transmite spre aprobare Comitetului director; calculeaza costurile efective privind spitalizarea bolnavilor pentru instantele judecatoresti;
- uu) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;
- vv) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul compartimentului financiar contabil si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- xx) **Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:**
 - sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
 - sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
 - sa asigure intocmirea documentatiei necesare si/sau luarea masurilor administrative, dupa caz, necesare conformarii indicatorilor aferenti listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 45. –Serviciul achizitii -administrativ si situatii de urgenta este condus de catre un sef serviciu si are in componenta: Compartimentul de achizitii, Compartimentul administrativ, protectie civila si situatii de urgenta, Spalatoria si Responsabilul PSI cu urmatoarele atributii principale:

Compartimentul de achizitii in subordinea sefului de serviciu are in principal urmatoarele atributii:

- a) Elaboreaza, si propune spre aprobare managerului unitatii si avizarii Consiliului de Administratie Proiectul Programului Anual al Achizitiilor Publice, cu

respectarea HG 395/2016 cu modificarile si actualizarile ulterioare; Propunerile structurilor vor fi avizate de catre Consiliul Medical;(atributii consiliul medical)

- b) Dupa aprobarea Bugetului de Venituri si Cheltuieli elaboreaza, verifica si propune spre aprobare managerului unitatii si avizarii Consiliului de administratie Programul Anual al Achizitiilor Publice tinand cont de Proiectul PAAP si de propunerile Consiliului Medical asupra ajustarilor pentru incadrarea in BVC aprobat;
- c) Verifica si propune spre aprobare managerului unitatii modificari si/sau completari ulterioare in cadrul Programului Anual al Achizitiilor Publice;
- d) Organizeaza si verificarea procesului de achizitie publica pentru contractele de furnizare precum si pentru cele reprezentand realizarea obiectivelor de investitii, conform prevederilor legale in materie de achizitii publice, in vigoare;
- e) Organizeaza procesului de achizitie publica pentru contractele de servicii precum si pentru cele reprezentand realizarea lucrarilor de reparatii curente colaborand cu sefi structurilor din spital;
- f) Vizeaza, verifica si propune spre aprobare strategia de contractare pentru achizitiile unde legislatia in materii de achizitii publice o impune;
- g) Intreprinde demersurile necesare pentru inregistrarea/ reinnoirea/recuperarea inregistrarii unitatii, in calitate de autoritate contractanta in SEAP, sau recuperarea certificatului digital, daca este cazul;
- h) Elaboreaza, sau dupa caz, coordoneaza activitatea de elaborare a documentatiei de atribuire si a documentelor suport, pe baza necesitatilor transmise de compartimentele de specialitate, in vederea demararii procedurilor de achizitie publica;
- i) Coordoneaza si dupa caz, indeplineste obligatiile referitoare la publicitate, astfel cum sunt acestea prevazute in legislatia privind achizitiile publice in vigoare;
- j) Coordoneaza si dupa caz, conform informatiilor din Programul Anual al Achizitiilor Publice, aplica si finalizeaza procedurile de atribuire a contractelor de achizitii publice, cu respectarea prevederilor legale privind achizitiile publice;
- k) Coordoneaza si dupa caz, conform informatiilor din Programul Anual al Achizitiilor Publice, aplica si finalizeaza achizitiile directe in vederea atribuirii contractelor de achizitii publice, cu respectarea prevederilor legale privind achizitiile publice;
- l) Constituie si pastreaza dosarul achizitiei publice;
- m) Analizeaza, trimestrial sau ori de cate ori este nevoie, impreuna cu seful serviciului, modul de indeplinire a obligatiilor asumate prin contracte de achizitii si propune managerului masuri de imbunatatire a activitatii;
- n) Asigura introducerea in sistemul informatic integrat al spitalului a datelor privind acordurile- cadru, contractele subsecvente, contractele de achizitii, actele aditionale aferente acestora si notele justificative;
- o) Urmareste derularea realizarii contractelor;
- p) Intreprinde demersurile necesare (formularea punctului de vedere, copii de pe documente etc.) solutionarii contestatiilor formulate impotriva procedurilor institutului si depuse la Consiliul National de Solutionare a Contestatiilor;
- q) Intocmeste graficul de livrari pentru bunurile, serviciile si lucrarile achizitionate (anexele la contracte);
- r) Coordoneaza si elaboreaza, in baza necesitatilor transmise de catre celelalte

compartimente din cadrul spitalului, documentele (studii de piata, note justificative, contracte de achizitie) necesare achizitionarii directe de produse, servicii sau lucrari care nu depasesc plafonul-limita prevazut de legislatie pentru achizitiile directe;

- s) Asigura relatiile de corespondenta si dialog cu institutiile de control in domeniul achizitiilor publice;
- t) Verifica sesizarile referitoare la nerespectarea prevederilor legale privind atribuirea contractului de achizitie;
- u) Intocmeste situatii si rapoarte specifice activitatii compartimentului achizitii publice, contractare;
- v) Asigura respectarea cu strictete, prevederile legislatiei in vigoare din domeniul achizitiilor publice pentru asigurarea cheltuiirii eficiente si oportune a fondurilor publice
- w) Desfasoara activitate de control a documentelor in concordanta cu atributiile prevazute in Decizia de Control Financiar Preventiv aprobata la nivelul spitalului;
- x) Pune la dispozitia organelor si organismelor competente, la solicitarea acestora, in conditiile legii, date privind activitatea biroului;
- y) Urmareste si verifica rapoartele referitoare la intocmirea comenzilor si corelarea acestora cu inregistrarea in Hypocrate (angajamente legale, ordonantari si plati).
- ww) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul compartimentului achizitii si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- xx) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure intocmirea documentatiei necesare si/sau luarea masurilor administrative, dupa caz, necesare conformarii indicatorilor aferenti listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Compartimentul administrativ-protectie civila si situatii de urgenta in principal urmatoarele atributii:

- a) asigura buna gospodarie a patrimoniului si apararea proprietatii bunurilor incredintate in administrare;
- b) organizeaza , asigura paza si ordinea in spital;
- c) tine evidenta tehnic-operativa a bunurilor pe locuri de folosinta, centralizeaza propunerile de casare si intocmeste documentatia de casare a bunurilor aflate in patrimoniul spitalului;
- d) asigura receptionarea, manipularea, depozitarea, eliberarea in consum a activelor fixe, a obiectelor de inventar, a lucrarilor si bunurilor materiale, potrivit prevederilor legale;
- e) organizeaza arhiva spitalului conform prevederilor legale in vigoare;

- f) asigura respectarea primirii, distribuirii, pastrarii, circuitului si evidenta documentelor la registratura generala, conform prevederilor legale;
- g) desfasoara activitate de control a documentelor in concordanta cu atributiile prevazute in Decizia de Control Financiar Preventiv aprobata la nivelul spitalului;
- h) colaboreaza/intocmeste documentatia pentru reinoirea autorizatiilor spitalului;
- i) tine evidenta inchirierii de spatii si urmareste contractele de inchiriere pentru acestea;
- j) asigura activitatea de service pentru utilaje si lucrari de telefonie, de calculatoare si imprimante, aparate de multiplicat, de paza si interventie;
- k) asigura verificarea curateniei exterioare in spital, a intretinerii spatiilor, repararea cailor de acces;
- l) asigura intretinerea si exploatarea in bune conditii a automobilelor din dotare;
- m) intocmeste propuneri fundamentate pentru necesarul anual de achizitii publice de alimente, servicii de telefonie, servicii de eliminare a deseurilor, servicii paza, imprimante si rechizite, imprimate medicale, materiale de curatenie si intretinere pentru sectorul administrativ al spitalului, echipamente de protectie pentru personal, obiecte de inventar, lenjerie, carti si publicatii, alte servicii specifice compartimentului dupa caz;
- n) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru avizarea notei de fundamentare pentru reparatii curente si capitale la constructii si instalatii dupa caz;
- o) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru avizarea proiectul de reparatii pentru constructii si instalatii dupa caz, care se inainteaza conducerii spre aprobare;
- p) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru avizarea temei de proiectare, parte componenta a caietului de sarcini, in vederea contractarii lucrarilor de proiectare la constructii si instalatii dupa caz;
- q) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru intocmirea documentatiei in vederea contractarii lucrarilor de reparatii cu societati specializate in constructii si instalatii dupa caz, colaboreaza cu serviciul tehnic pentru urmarirea si executarea lucrarilor de reparatii sub aspect cantitativ si calitativ, potrivit clauzelor contractuale;
- r) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru verificarea executiei corecte, calitative pe baza reglementarilor tehnice in vigoare pe tot parcursul executarii lucrarilor de reparatii curente si capitale la constructii si instalatii dupa caz ;
- s) participa, impreuna cu proiectantul, la obtinerea avizelor, acordurilor si aprobarilor pe plan local, necesare autorizarii lucrarilor de constructii;
- t) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru asigurarea solutionarii neconformitatilor pe parcursul executiei lucrarilor de reparatii curente si capitale la constructii si instalatii dupa caz, cat si a deficientelor proiectelor;
- u) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru realizarea remedierilor in termenul de garantie;
- v) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru intocmirea cartilor tehnice a constructiilor conform prevederilor legale si asigura pastrarea si completarea acestora cu datele referitoare la exploatarea constructiei.
- w) asigura comunicarea cu colaboratorii si transparenta comunicarii deciziilor in institutie, accesul facil la datele cu caracter public;
- x) colaboreaza cu compartimentul financiar contabilitate pentru organizarea si functionarea magaziei de materiale si a magaziei de alimente

- y) elibereaza prin magazia spitalului, catre toate structurile functionale ale acestuia, pe baza graficelor aprobate si a bonurilor de consum si de miscare, materialele solicitate;
- z) elaboreaza/actualizeaza, procedurile operationale pentru activitatile principale desfasurate in cadrul compartimentului administrativ protectie civila si situatii de urgenta si le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- aa) asigura arhivarea documentelor compartimentului conform legislatiei in vigoare;

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Referitor la activitatea de protectie civila si situatii de urgenta revin urmatoarele atributii:

- a) asigura permanent coordonarea planificarii si realizarii activitatilor si masurilor de protectie civila;
- b) identifica si gestioneaza tipurile de riscuri generatoare de dezastre naturale si tehnologice la nivel de unitate;
- c) obligatia de a culege, de a prelucra, de a stoca, de a studia si analiza datele si informatiile referitoare la protectia civila;
- d) informeaza si pregateste preventiv salariatii cu privire la pericolele la care sunt expusi , masurile de autoprotectie ce trebuie indeplinite, mijloacele de protectie existente, obligatiile ce le revin si modul de actiune pe timpul situatiei de urgenta;
- e) organizeaza si asigura starea de operativitate si a capacitatii de interventie optima a serviciilor pentru situatii de urgenta si a celorlalte organisme specializate in domeniu;
- f) instiinteaza autoritatile publice si alarmeaza salariatii in situatii de protectie civila;
- g) participa la activitatile de pregatire specifice si contribuie la ducerea la indeplinire a masurilor si a actiunilor prevazute in planurile si programele de protectie civila sau a celor dispuse de autoritatile abilitate pe timpul actiunilor de interventie si reabilitare a starii de normalitate;
- h) participa la instruirile organizate de organismele abilitate si duce la indeplinire masurile dispuse de catre acestea, pentru unitate;
- i) efectueaza instructajele pentru salariatii unitatii, conform legislatiei in vigoare (Ordin 712/2005), ce are ca scop insusirea cunostintelor si formarea deprinderilor necesare in vederea prevenirii si reducerii efectelor negative ale situatiilor de urgenta sau ale dezastrelor la locul de munca si in incinta unitatii. monitorizează activitatea de tratare și transport al deșeurilor medicale periculoase efectuată de unitatea sanitară în vederea conformării cu prevederile legale ce reglementează tratarea și transportul mărfurilor periculoase;
- j) consiliază reprezentantul legal al unității sanitare în privința transportului mărfurilor periculoase;
- k) efectuează demersurile necesare ca unitatea sanitară să se asigure că incidentele/accidentele în care sunt implicate deșeuri medicale periculoase sunt investigate corect și sunt raportate corespunzător;
- l) elaborează raportul anual privind activitățile cu mărfuri periculoase; aceste rapoarte

- anuale sunt păstrate 5 ani și sunt puse la dispoziția autorităților naționale competente la solicitarea acestora;
- m) monitorizează aplicarea practicilor și procedurilor instituite de unitatea sanitară referitoare la transportul deșeurilor medicale periculoase.

Art. 46. – Formatia Muncitori este subordonata managerului, condusa de catre un sef de structura si are in componenta un Compartiment Tehnic si Blocul alimentar

Compartimentul Tehnic are in principal urmatoarele atributii:

- a) Asigura buna gospodarie a patrimoniului si apararea proprietatii bunurilor incredintate in administrare;
- b) Organizeaza si raspunde de realizarea graficelor de intretinere si revizie tehnica a reparatiilor, montajelor si a tuturor lucrarilor care asigura buna functionare a instalatiilor si aparaturii medicale;
- c) Urmareste perfectionarea pregatirii profesionale a salariatilor din subordine;
- d) Raspunde de intocmirea necesarului de materiale tehnice, intretinere, constructii;
- e) Ia masuri pentru indeplinirea normelor de igiena, a normelor de sanatate si securitate in muncă, de prevenire a incendiilor;
- f) Organizeaza din punct de vedere al documentarii, aprovizionarii, functionarii a tot ceea ce tine de aparatura medicala, centrala termica, centrala cu abur, statia de oxigen si aer comprimat, spalatorie, utilajele de la blocul alimentar, statia de compresoare, statia de clorinare, statia de tratare a apei;
- g) Raspunde de aprovizionarea cu piese de schimb pentru toate utilajele din intretinere, conform cerintelor;
- h) Intocmeste note de fundamentare pentru aprovizionarea cu piese de schimb pentru toate utilajele din intretinere, conform cerintelor;
- i) Raspunde de intretinerea parcului auto din dotarea spitalului;
- j) Asigura verificarea tehnica integrala a tuturor mijloacelor auto;
- k) Verifica periodic coresponderea foilor de parcurs cu kilometrajul autovehiculelor, dupa centralizarea FAZ-urilor verificate de referent;
- l) Intocmeste documentatia tehnica pentru evaluarea lucrarilor de constructii montaj;
- m) Colaboreaza cu Responsabilul cu Supravegherea si Verificarea Tehnică a Instalatiilor pentru efectuarea documentatiile ISCIR pe unitate si metrologie, intocmind toate documentele de autorizare ISCIR pentru utilaje/instalatii;
- n) Colaboreaza cu fizicianul in vederea intocmirii documentatiei tehnice pentru aparatele Roentgen din dotarea unitatii aferente CNCAN si Laboratorul de Igiena Radiatiilor din cadrul DSP Galati si raspunde de modul de realizare a acestor lucrari;
- o) Face propuneri catre conducerea unitatii pe baza de referat pentru aprovizionarea cu piese de schimb pentru intretinere utilaje, aparatura medicala si de laborator;
- p) Face propuneri pe baza de referat catre conducerea unitatii pentru lucrări de întreținere a imobilelor, contractarea de prestari de servicii necesare bunei functionari a unitatii din punct de vedere tehnic si al functionarii aparaturii medicale; semnează contractele de servicii si lucrări și răspunde de derularea acestora;
- q) Raspunde, de exploatarea in conditii optime a mijloacelor de transport si a utilajelor;

- r) Analizeaza, trimestrial sau ori de cate ori este nevoie, impreuna cu serviciul achiziții administrativ si situatii de urgenta, modul de indeplinire a obligatiilor asumate prin contracte de achizitii si propune managerului masuri de imbunatatire a activitatii;
- s) Propune, impreuna cu serviciul achiziții administrativ si situatii de urgenta, spre aprobare, managerului si urmareste implementarea de masuri organizatorice privind imbunatatirea calitatii actului medical, a conditiilor de cazare, igiena si alimentatie, precum si de masuri de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, conform normelor aprobate de MS;
- t) Verifica documentatia tehnica pentru evaluarea lucrarilor de constructii montaj si desfasoara activitate de control a documentelor in concordanta cu atributiile prevazute in Decizia de Control Financiar Preventiv aprobata la nivelul spitalului;
- u) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru avizarea notei de fundamentare pentru reparatii curente si capitale la constructii si instalatii dupa caz;
- v) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru avizarea proiectul de reparatii pentru constructii si instalatii dupa caz, care se inainteaza conducerii spre aprobare;
- w) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru avizarea temei de proiectare, parte componenta a caietului de sarcini, in vederea contractarii lucrarilor de proiectare la constructii si instalatii dupa caz;
- x) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru intocmirea documentatiei in vederea contractarii lucrarilor de reparatii cu societati specializate in constructii si instalatii dupa caz;
- y) colaboreaza cu serviciul tehnic pentru pentru urmarirea si executarea lucrarilor de reparatii pentru constructii si instalatii dupa caz sub aspect cantitativ si calitativ, potrivit clauzelor contractuale;
- z) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru verificarea executiei corecte, calitative pe baza reglementarilor tehnice in vigoare pe tot parcursul executarii lucrarilor;
- aa) participa, impreuna cu proiectantul, la obtinerea avizelor, acordurilor si aprobarilor pe plan local, necesare autorizarii lucrarilor de constructii ;
- bb) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru pentru asigurarea solutionarii neconformitatilor pe parcursul executiei lucrarilor, cat si a deficientelor proiectelor;
- cc) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru realizarea remedierilor in termenul de garantie;
- dd) colaboreaza cu serviciului achiziții administrativ si situatii de urgenta pentru intocmirea cartilor tehnice a constructiilor conform prevederilor legale si asigura pastrarea si completarea acestora cu datele referitoare la exploatarea constructiei.
- ee) asigura comunicarea cu colaboratorii si transparenta comunicarii deciziilor in institutie, accesul facil la datele cu caracter public;
- ff) asigura , supravegherea si verificarea tehnica la instalatii ;
- gg) raspunde de realizarea lucrarilor in conditiile tehnico-economice stabilite prin aprobarile si avizele legale, precum si de indeplinirea fata de constructori a obligatiilor contractuale care revin compartimentului tehnic;
- hh) sesizeaza conducerea spitalului asupra eventualelor abateri din partea proiectantului, precum si a constructorilor fata de avizele pe baza carora a fost

- aprobată investiția;
- ii) stabilește cauzele degradării sau distrugerii construcțiilor sau utilajelor și propune măsuri corespunzătoare;
 - jj) asigură asistența tehnică în vederea punerii în funcțiune a aparatelor, instalațiilor și utilajelor medicale;
 - kk) organizează planul de întreținere și confirmă în procesele verbale întocmite cu firmele ce asigură service-ul revizuirea periodică a instalațiilor, aparatelor și utilajelor din dotare;
 - ll) urmărește programarea pentru verificarea aparatelor, utilajelor și instalațiilor conform instrucțiunilor tehnice, metrologice, în vigoare;
 - mm) confirmă prin procesele-verbale de verificare periodică urmărirea funcționării aparatelor, instalațiilor și utilajelor ce asigură paza contra incendiilor;
 - nn) asigură deservirea permanentă a punctului termic, stației de oxigen și aer comprimat, stației hidrofor și stației de pompare, stației de epurare, stației de clorinare prin graficul turelor de permanentă;
 - oo) elaborează/actualizează, procedurile operationale pentru activitățile principale desfășurate în cadrul serviciului tehnic și le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
 - pp) asigură arhivarea documentelor serviciului conform legislației în vigoare;

Blocul alimentar are, în principal, următoarele atribuții:

- prepararea meniurilor alimentare în conformitate cu regimul dietetic recomandat de către medic;
- centralizarea zilnică numerică și pe categorii de pacienți/regimuri a meniurilor ce urmează să fie preparate;
- ridicarea de la magazia de alimente a alimentelor/materialelor necesare preparării hranei bolnavilor;
- pastrarea/manipularea/depozitarea alimentelor în conformitate cu normele igienice;
 - verificarea termenelor de valabilitate ale stocurilor de alimente și ale celor recepționate;
 - repartizarea hranei bolnavilor pe secții în recipiente individuale și în condiții de igienă și siguranță privind securitatea și sănătatea în muncă;
- respectarea standardelor de calitate ale regimurilor alimentare prescrise de către medic
- Respectarea programului și a orelor de masă pentru bolnavii internați în spital;
- verificarea numerică și cantitativă a stocurilor de alimente materiale;
- întocmirea de referate de achiziție pentru refacerea stocurilor de marfă
- inițierea procedurilor de achiziție alimente și materiale necesare

-asigură întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- sa cunoasca sa respecte si sa aplice documentele Sistemului de Management al Calitatii aplicabile in activitatea depusa;
- sa participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate si a obiectivelor specifice locului de munca;
- sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, in vederea monitorizarii /acreditarii.

Art. 47. -Activitatea de prevenire si stingere a incendiilor (PSI)

- a) elaboreaza instructiunilor proprii de aparare impotriva incendiilor la nivelul spitalului in conformitate cu normativele care reglementeaza aceasta ;
- b) verifica aplicarea lor in practica si face propuneri pentru completarea, reactualizarea si imbunatatirea instructiunilor proprii de aparare impotriva incendiilor;
- c) studiaza pericolul de incendiu, pe care il reprezinta instalatiile utilizate din cadrul unitatii, precum si masurile de prevenire si stingere a incendiilor specifice acestora;
- d) executa, intocmai si la timp, sarcinile profesionale dispuse de manager;
- e) indruma si controleaza activitatea echipei de interventie;
- f) executa controale tehnice de prevenire a incendiilor la toate spatiile unitatii, verificand respectarea normelor, normativelor si a altor prescriptii tehnice, precum si indeplinirea masurilor de protectie impotriva incendiilor si stabilind masuri pentru inlaturarea neajunsurilor si aplicarea intocmai a prevederilor legale;
- g) verifica modul de intretinere si functionare a instalatiilor, aparatelor si mijloacelor de prevenire si stingere a incendiilor, precum si cunoasterea modului de utilizare a acestora de catre personalul incadrat in munca; tine evidenta instalatiilor, substantelor chimice si a altor mijloace de protectie impotriva incendiilor, la nivelul unitatii;
- h) urmareste respectarea normelor, normativelor si a altor prescriptii tehnice de prevenire si stingere a incendiilor la elaborarea documentatiilor tehnice, executarea si darea in exploatare a unor eventuale amenajari, precum si in timpul reviziilor si reparatiilor executate la constructiile si instalatiile ce prezinta pericol de incendiu, inclusiv in timpul repunerii lor in functiune;
- i) acorda sprijin si asistenta tehnica de specialitate la inlaturarea unor stari de pericol sau la solutionarea unor probleme deosebite din punct de vedere al prevenirii si stingerii incendiilor survenite in cadrul unitatii, precum si la executarea unor interventii la instalatiile cu pericol de incendiu in functiune; informeaza imediat conducerea unitatii asupra unor stari de pericol iminent de incendiu constatate si raporteaza masurile luate;
- j) organizeaza si desfasoara activitati instructiv- educative de prevenire a incendiilor si la instruirea personalului incadrat in munca, executand nemijlocit activitati de instrucaj, popularizare a prevederilor legale, de dezbatare a abaterilor in ceea ce priveste respectarea normelor, precum si a concluziilor desprinse in urma unor incendii si evenimente ce au avut loc in unitati similare din tara si strainatate;

- k) acorda asistenta tehnica de specialitate la stabilirea masurilor de prevenire si stingere a incendiilor in caz de calamitati naturale si catastrofe, precum si in timpul repunerii in functiune a instalatiilor si a sistemelor de protectie impotriva incendiilor avariate in urma acestor evenimente, urmarind realizarea masurilor stabilite;
- l) participa la actiunile de stingere a incendiilor produse in cadrul unitatii, precum si la cercetarea acestora; tine evidenta incendiilor si a altor evenimente urmate de incendii si trage concluzii din analiza acestora, pe care le comunica managerului unitatii;
- m) participa la analiza activitatii de aparare impotriva incendiilor din cadrul unitatii si face propuneri scrise pentru inlaturarea neajunsurilor si imbunatatirea acestei activitati;
- n) participa la actiunile de prevenire si stingere a incendiilor (controale, cursuri, instructaje, schimburi de experienta, consfatuiri, analize, etc), organizate de I.S.U. sau de alte organe abilitate prin lege;
- o) stabileste si urmareste prevederea si includerea fondurilor necesare dotarii si echiparii spatiilor unitatii cu instalatii ,aparatura echipament de protectie si substante chimice pentru prevenirea si stingerea incendiilor, precum si pentru realizarea masurilor de protectie impotriva incendiilor in planurile financiare si economice anuale;
- p) efectuează instructajul introductiv general in domeniul situatiilor de urgenta, noilor angajati si le întocmește fișa individuală de instructaj;
- q) urmărește efectuarea instructajului periodic și completarea fișelor individuale de instructaj;
- r) urmareste realizarea sau procurarea mijloacelor si a materialelor necesare desfasurarii activitatii instructiv – educative pentru prevenirea incendiilor, difuzarea lor pe locurile de munca, precum si modul de utilizare si intretinere a acestora;
- s) face propuneri pentru completarea si reactualizarea temelor de prevenire si stingere a incendiilor din programele de invatamant ale cursurilor de calificare, reciclare si perfectionare a personalului incadrat in munca, verifica modul in care se prezinta temele stabilite si participa la dezbaterile unor astfel de teme;
- t) informează conducerea unității asupra deficiențelor constatate pe linia apărării împotriva incendiilor pe timpul controalelor și face propuneri de înlăturare a deficiențelor constatate și pentru gestionarea riscurilor și pericolelor de incendiu identificate;
- u) contribuie la asigurarea activitatii de dotare cu mijloace de PSI.
- v) coordoneaza impreuna cu responsabilul PSI de sector, activitatea de prevenire a incendiilor si instruieste angajatii cum sa actioneze in caz de incendiu si de evacuare a personalului si bunurilor materiale;
- w) raspunde de incarcarea si verificarea la scadenta a stingatoarelor;
- x) verifica starea de intretinere, dotarea si starea de exploatare a hidrantilor subterani si a hidrantilor interiori;
- y) reactualizeaza lista cu substante periculoase si toxice;
- z) participa la intocmirea Planului de interventie in caz de calamitati naturale, inundatii, catastrofe;
- aa) se preocupa de obtinerea autorizatiilor PSI;

- bb) întocmeste propuneri fundamentate pentru necesarul de achiziții publice de echipamente de protecție și alte materiale specifice sectorului de activitate.
- cc) elaborează/actualizează, procedurile operationale pentru activitățile principale desfășurate în cadrul serviciului tehnic și le supune spre avizare comisiei de monitorizare control intern managerial;
- dd) asigură arhivarea documentelor serviciului conform legislației în vigoare;

Responsabilități privind Sistemul de Management al Calității:

- să cunoască și să respecte și să aplice documentele Sistemului de Management al Calității aplicabile în activitatea depusă;
- să participe activ pentru realizarea obiectivelor generale de calitate stabilite de managementul de calitate și a obiectivelor specifice locului de muncă;
- să asigure întocmirea documentației necesare și/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

Art. 48. –Activitatea juridică

Activitatea juridică este externalizată și asigurată prin încheierea unui contract de prestări servicii și are în principal, următoarele atribuții:

- a) avizează și contrasemnează actele cu caracter juridic, la cererea conducerii, pe cele care pot angaja răspunderea patrimonială a spitalului, precum și orice alte acte care produc efecte juridice;
- b) reprezintă și apără drepturile și interesele legitime ale spitalului în raporturile lui cu instituții de orice natură și cu orice persoană, fie ea juridică sau fizică, română ori străină, precum și în cadrul oricărei proceduri prevăzute de lege;
- c) urmărește apariția actelor normative și semnalează organelor de conducere și serviciilor interesate atribuțiile/notiunile de interes specific pentru acestea;
- d) asigură consultanța juridică pentru membrii Comitetului director sau a șefilor secțiilor/laboratoarelor/serviciilor/compartimentelor, precum și pentru personalul salariat al spitalului, atât timp cât aceasta nu contravine intereselor spitalului; în acest sens, acordă consultatii și redactează cereri cu caracter juridic în toate domeniile dreptului;
- e) redactează opinii juridice cu privire la aspecte legale ce privesc activitatea spitalului;
- f) redactează proiectele de contracte;
- g) redactează acte juridice, atestă identitatea părților, consimțământul, conținutul și data actelor încheiate, care privesc spitalului, la cererea managerului;
- h) verifică legalitatea actelor cu caracter juridic și administrativ primite spre avizare;
- i) nu se pronunță asupra aspectelor economice, tehnice sau de altă natură cuprinse în documentul avizat ori semnat de acesta;
- j) este obligat să respecte dispozițiile legale privitoare la interesele contrare în aceeași cauză sau în cauze conexe ori, după caz, a conflictului de interese;
- k) este obligat să respecte secretul și confidențialitatea activității sale, în condițiile legii;
- l) îndeplinește orice alte lucrări cu caracter juridic.

- m) asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

Responsabilitati privind Sistemul de Management al Calitatii:

- a) sa asigure întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării.

Art. 49. -Activitatea informatica este externalizata si asigurata prin incheierea si derularea unui contract de prestari servicii care are în principal urmatoareleatributii:

1. realizeaza informatizarea spitalului;
2. intretine si actualizeaza baza de date medicale a spitalului;
3. coordoneazasectiile clinice în procesul de culegere a datelor pentru baza de date medicala a spitalului;
4. raspunde de instruirea si transmiterea informatiilorcatresectiile clinice;
5. coordoneaza tehnic activitatea de validare si corectare a datelor la termen;
6. raspunde de colectarea si transmiterea la termen a situatiilor;
7. informeaza conducerea spitalului cu privire la toate situatiileintocmite;
8. colaboreaza cu Compartimentul de evaluare si statistica medicala, cu care confrunta baza de date;
9. preia si prelucreazasituatiile statistice privind investigatiile, analizele de laborator, interventiile chirurgicale, bolnavii iesiti din spital si elaboreazalucrarile solicitate de conducerea spitalului;
10. prelucreaza datele furnizate de farmacie în vederea întocmirii consumurilor de medicamente din spital;
11. mentine în parametrii corespunzatori tehnica de calcul din dotarea unitatii (computere, servere, retea);
12. raspunde de implementarea hard si soft a semnaturii digitale la nivelul spitalului;
13. raspunde la toate solicitarile conducerii spitalului, sectiilor si departamentelor spitalului privind sistemul informatic si informational;
14. asigura securitatea si confidentialitatea bazelor de date ale spitalului;
15. întocmeste propuneri fundamentate pentru necesarul de achizitii publice de materiale specifice.
- 16.asigura întocmirea documentației necesare si/sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare aprobate de ANMCS, în vederea monitorizării /acreditării

Art. 50. -Servicii gospodaresti: lenjerie si spalatorie, garderoba, etc.

(2) Compartimentul de lenjerie si spalatorie are urmatoarele atributii:

- asigurarea integritatii bunurilor din dotare prin desemnarea unei persoane care sa raspunda de corecta conservare si manipulare a întregului inventar;

- administrarea si gospodarirea obiectelor de echipament de inventar moale si gospodaresc primite in dotare de la magazia spitalului;
 - primirea din sectii, clinici, laboratoare si alte compartimente de lucru ale spitalului a echipamentului/rufariei folosit (murdar);
 - eliberarea, in schimbul echipamentelor/rufariilor murdare, a unei cantitati egale cu cea predata de obiecte curate si in buna stare;
 - efectuarea dezinfectiei, spalarii, repararii, calcarii si pastrarii intregului echipament si cazarmament al spitalului;
 - trierea inventarului moale in vederea casarii celui uzat;
 - depozitarea inventarului moale propus casarii, pana la scoaterea lor definitiva din uz;
 - intocmirea bonului de consum pentru completarea stocului scos din uz;
 - asigurarea circulatiei obiectelor de inventar moale si echipament gospodaresc; clinici, sectii, si echipament din punctul de colectare a rufariei murdare si punctul de distribuire a celor curate;
 - asigurarea intocmirii bonurilor de predare-transfer-restituire in situatia in care nu se poate returna sectiilor o cantitate egala de echipament cu cea primita spre spalare;
 - organizarea unei evidente judicioase a obiectelor de inventar moale, printr-un control periodic, cel putin o data pe luna, pentru a se determina situatia factica;
 - asigurarea functionalitatii masinilor de spalat, storcatoarelor si uscatoarelor, semnaland serviciului tehnic ,intretinere eventualele deficiente survenite in functionarea lor;
 - trierea si asigurarea repararii inventarului moale,;
 - asigurarea aprovizionarii cu materiale necesare spalatului rufariei conform normelor de consum stabilite pe unitate;
 - asigurarea intretinerii starii igienico-sanitare a spatiilor de munca si a utilajelor;
 - respectarea normelor PSI;
 - asigurarea efectuarii instructajului PSI si de protectia muncii.
- (3) Garderoba are, in principal, urmatoarele atributii:
- primirea, restituierea obiectelor de imbracaminte si alte bunuri apartinand celor care participa la activitatea ce se desfasoara in spital;
 - primirea si predarea bunurilor lasate la garderoba se face numai pe baza de ecusoane numerotate, ce sunt eliberate de garderobiera la primirea acestor bunuri;
 - participarea prin ajutor direct la actiunile de protocol ce au loc in incinta spitalului.

CAPITOLUL VI

Consiliile si comisiile din cadrul spitalului

Art. 51(1) Pentru îndeplinirea atribuțiilor și responsabilităților prevăzute de diferite acte normative în vigoare, la nivelul spitalului se constituie și funcționează comitete, consilii, grupuri de lucru și comisii.

(2) Prin decizie internă a managerului spitalului, la propunerea personalului cu funcții de conducere din subordinea acestuia, după caz, anual se consemnează în decizii interne și funcționează următoarele comitete, consilii, grupuri de lucru și comisii¹⁰:

- a) Comitetul director
- b) Consiliul medical
- c) Comisia de coordonare a implementării managementului calitatii serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare
- d) Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.¹¹
- e) Comisia de monitorizare
- f) Grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital¹²
- g) Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- h) Consiliul etic
- i) Comisia medicamentului
- j) Comisia de disciplină
- k) Comitetul de sănătate și securitate în muncă
- l) Comisia de analiză a decesului
- m) Comisia de transfuzii și hemovigilență
- n) Comisia de analiză DRG
- o) Comisii de angajare și promovare a personalului și comisii de soluționare a contestațiilor
- p) Comisia de farmacovigilență.
- q) Grup de lucru pentru aplicarea metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție
- r) CMCSS

Art. 52– Principalele activități desfășurate de către **Comitetul director** sunt cele prevăzute de O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public.

Art. 53– Principalele activități desfășurate de către **Consiliul medical** sunt cele prevăzute de Legea nr. 95/2006 (republicată), privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor. Directorul medical este președintele consiliului medical. Consiliul Medical este format din medicii șefi de secție, șefi de departamente, laboratoare, compartimente condus de directorul medical în calitate

¹⁰Bază: indicatorul „01.02.03.01.01-Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)” aferent L.V. 15 – Managementul resurselor umane și indicatorul „01.02.03.01.02 - Există ROF ale structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) sau există distinct secțiuni specifice în ROF-ul unității” aferent L.V. 03 - Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/RI) anexe la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018;

¹¹Bază: indicator „02.11.01.02.03 - Cantitățile de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către Comisia de biocide și materiale sanitare cu participarea SSPLIAAM/CSPLIAAM” aferent L.V. 9 – Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile SPLIAAM/CPLIAAM)

¹²Bază: indicatorul “02.03.01.05.02 - Spitalul are constituit un grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital” aferent L.V. 7 - L.V. 07 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical), anexă la Ordinul președintelui ANMCS nr. 8/2018;

de presedinte. MCSS are statut de invitat permanent– în calitate de Responsabil cu Managementul Calității.

Art. 54–Principalele activități desfășurate de către **Comisia de coordonare a implementării managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor si de pregatire a spitalului pentru evaluare** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 1 la prezentul Regulament

Art. 55– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr.2 la prezentul Regulament.

Art.56– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de monitorizare în domeniul controlului intern managerial** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr.3 la prezentul Regulament.

Art. 57– Principalele activități desfășurate de către **Grupul de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 4 la prezentul Regulament.

Art. 58 – Principalele activități desfășurate de către **Comitetul de prevenirea infecțiilor asociate asistenței imedicale** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 5 la prezentul Regulament.

Art. 59– Principalele activități desfășurate de către **Consiliul etic** sunt cele prevazute în **OMS nr 1502/2016** precum si în în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 6 la prezentul Regulament.

Art. 60– Principalele activități desfășurate de către **Comisia medicamentului** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 7la prezentul Regulament.

Art. 61– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de disciplina** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 8 la prezentul Regulament.

Art. 62– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de sanatate si securitate in munca** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 9 la prezentul Regulament.

Art. 63– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de analiza a decesului** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 10 la prezentul Regulament.

Art. 64– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de transfuzii si hemovigilenta** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 11 la prezentul Regulament.

Art. 65– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de analiza DRG** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 12 la prezentul Regulament.

Art.66– Principalele activități desfășurate de către **Comisia** de angajare și promovare a personalului și comisii de soluționare a contestațiilor sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 13 la prezentul Regulament.

Art. 67– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de farmacovigilenta** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 14 la prezentul Regulament.

Art.68– Principalele activități desfășurate de către **Grupul de lucru pentru aplicarea metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 15 la prezentul Regulament.

Art. 69-Principalele activități desfășurate de către **C.M.C.S.S.** la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galați sunt prevăzute în Anexa nr.16 la prezentul Regulament.

Art. 70. -Nucleu de calitate

(1) Nucleul de calitate funcționează conform metodologiei de lucru elaborate prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al ministrului sănătății și al Consiliului național al Colegiului Medicilor din România.

(2) În principal, activitatea nucleului de calitate constă în:

- a) monitorizarea internă a calității serviciilor medicale;
- b) întocmirea punctajului și reactualizarea periodică a acestuia;
- c) raportarea indicatorilor către casa de asigurări de sănătate;
- d) prezentarea propunerilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, pe spital și defalcăt pe secții;
- e) organizarea anchetelor de evaluare a satisfacției asiguraților și personalului.

CAPITOLUL VII

Alte atribuții specifice ale personalului angajat

Art.71-Personalul medico-sanitar, în exercitarea atribuțiilor de îngrijire, are atribuții cu privire la:

- a) Personalul sanitar și personalul sanitar-auxiliar din cadrul structurilor medicale desfășoară potrivit competențelor profesionale avute următoarele responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire¹³;
- b) Completează, după caz, toate datele și informațiile necesare în planurile de îngrijire individualizate pentru fiecare pacient, conform competențelor profesionale, în

¹³Bază: Indicatorul „01.03.02.03.03- Înfișele de post ale personalului medical de îngrijire sunt prevăzute responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire” (având modalitate de validare: „Se verifică 3-5 fișe de post ale personalului de îngrijire să conțină celeaș responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire ca cele existente în ROF”), aferent L.V. 15 – managementul resurselor umane, Anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 al președintelui A.N.M.C.S.;

fiecare dintre etapele descrise în reglementarea care privește completarea planurilor de îngrijire, aplicabilă la nivelul spitalului. Asistentul medical pune la dispoziția pacientului, în documentele de externare, descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor. Aduc contribuția, după caz, privind întocmirea, revizuirea și implementarea planului de îngrijire și/sau a reglementării care privește completarea planurilor de îngrijire, aplicabilă la nivelul spitalului.

- e) Cazurile deosebite/grave internate în secții vor fi raportate imediat directorului medical al spitalului care, la propunerea șefilor de secții, va decide realizarea întâlnirilor între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei respectivelor cazuri¹⁴.
- d) Foile de observație clinică generală sunt verificate de către șeful de secție sau persoana desemnată de acesta, cel puțin la internare și externare¹⁵.
- e) Zilnic, după-amiază, duminică și în zilele de sărbători legale, se asigură consultatii prin rotație, conform planificării secției¹⁶, de către unul din medicii acesteia.

CAPITOLUL VIII

Monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor

Art. 72. Următoarele structuri medicale funcționale din spital au rolul de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor¹⁷, după cum urmează:

a) **Farmacia** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Asigură obținerea, depozitarea și distribuția de antibiotice, pe care le eliberează cu respectarea dispozițiilor legale;
- Răspunde de asigurarea necesarului de produse farmaceutice antibiotice, de conservarea și preschimbarea acestora în cadrul termenelor de valabilitate;
- Asigură cu precădere stocul necesar de antibiotice de uz curent;
- Asigură stocul necesar de antibiotice de rezervă, stabilite în funcție de antibioticorezistența analizată;
- Asigură evidența antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori;
- Asigură evidența antibioticelor pentru antibiopprofilaxie;
- Asigură evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioticorezistența;

¹⁴Bază: indicatorul „02.03.02.01.05 - La nivelul spitalului există o planificare a întâlnirilor între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite” aferent L.V. 22 - Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție), anexă la Ordinul 8/2018 al președintelui A.N.M.C.S.;

¹⁵Bază: indicatorul „Există analize periodice ale completării corecte și complete a datelor din documentele medicale (LV7 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical) cu modalitate de validare: - 6. FO sunt verificate de către șeful de secție sau persoana desemnată, cel puțin la internare și externare, anexă la Ordinul 8/2018 al președintelui A.N.M.C.S.;

¹⁶Bază: indicatorul „01.06.01.06.05 - Programul serviciului de contravizită este afișat pe secții” aferent L.V. 23 - Observare directă - mediul de îngrijire la nivelul secției, anexă la Ordinul nr. 8/2018 al președintelui A.N.M.C.S.;

¹⁷Bază: indicatorul „02.10.01.01.03 - Rolul structurilor medicale funcționale din spital de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor este precizat în ROF” aferent L.V. 3 - Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/RI);

- Asigură informarea medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian;
- Asigură eliberarea antibioticelor pentru pacienții internați în baza condiciilor de prescripții medicale astfel încât să se asigure respectarea ritmului de administrare;
- Asigură recuperarea antibioticelor neutilizate pe secții;
- Asigură monitorizarea globală a consumului de antibiotice prin exprimarea acestuia pe secții și pe spital sub forma DDD (defined daily dose);
- Asigură informări periodice a consiliului medical cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pe clase, pentru fiecare secție și per medic;
- Participă la evaluarea tendințelor utilizării antibioticelor.

b) **Laboratorul de analize medicale** are în structură compartiment de microbiologie, care are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Efectuează examene microbiologice a produselor patologice și asigură identificarea germenilor din produse patologice, cu încadrarea acestora în subgrupe, prin microscopie, culturi bacteriene și utilizare de testelor biochimice;
- Efectuează antibiograma prin testarea sensibilității/rezistenței la substanțele antibiotice a bacteriilor cu semnificație clinică, utilizând metode standardizate;
- Identifică tulpinile de microorganisme producătoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA etc.) și menționează aceasta, cu atenționare, în rezultatele antibiogramelor;
- Monitorizează rezultatele neobișnuite și semnalează riscul apariției unui focar de infecție asociată asistenței medicale pe baza izolării repetate a unor microorganisme cu același fenotip, a unor microorganisme rare ori prin izolarea unor microorganisme înalt patogene sau/și multirezistente;
- Monitorizează tendința de evoluție a bacteriilor multidroga rezistente (MDR);
- Informează orice modificare în lista de antibiotice/antifungice utilizate pentru executarea antibiogramei/antifungigramei în vederea asigurării disponibilității acestora în farmacia spitalului;
- Informează secțiile, farmacia și CPIAAM cu privire la existența/schimbările profilului antibioticorezistenței în spital;
- Colaborează cu medicii clinicieni din spital în scopul precizării diagnosticului bacteriologic.

c) **Medicul infecționist** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Efectuează consulturile de specialitate în spital, în vederea diagnosticării unei patologii infecțioase și a stabilirii tratamentului etiologic necesar;
- Participă la elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor atât în antibioprolaxie cât și în tratamentul de fond, în funcție de antibioticorezistența locală și specificul patologiei tratate;
- Coordonează elaborarea listei de antibiotice esențiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
- Coordonează elaborarea listei de antibiotice de rezervă care se eliberează doar cu avizare din partea sa și derulează activitatea de avizare a prescrierii acestor antibiotice;
- Cooperează cu medicul microbiolog/de laborator în stabilirea truselor de testare a sensibilității bacteriene la antibioticele utilizate;

- Elaborează raportul anual de evaluare a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor, a consumului de antibiotice (în primul rând, al celor de rezervă).

d) **Compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Efectuează analize periodice ale antibioticorezistenței în spital împreună cu medicul infecționist și laboratorul de analize medicale;

e) **Medicul șef de secție** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Asigură și răspunde la nivelul secției de desfășurarea activității de respectare a politicii de utilizare a antibioticelor de la nivelul spitalului;
- Participă la stabilirea listei cu intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioprolaxie.

f) **Medicul curant** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Documentarea în FOCG a duratei prescrierii antibioterapiei stabilită în funcție de evoluție și de rezultatul antibiogrammei;
- Solicitarea consultului de boli infecțioase în situațiile în care consideră necesar și/sau conform protocoalelor medicale, cu respectarea politicii de utilizare a antibioticelor implementată în spital;
- Solicitarea de investigații microbiologice la pacienții la care s-a instituit antibioterapia de prima intenție, cu precizarea antibioticul utilizat de primă intenție;
- Asigurarea trasabilității antibioticelor prin înregistrarea (data, parafa și semnătura medicului prescriptor) în FOCG a prescrierii unui antibiotic, a unei asocieri de antibiotice sau schimbarea tratamentului antibiotic;

g) **Asistentul șef/asistentul medical de salon** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Documentarea asumată prin semnătură, în planul de îngrijire, a datei și orei de administrarea a terapiei antibiotice.

h) **Comitetul de prevenire a I.A.A.M.** are următoarele atribuții în monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor:

- Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe.

Capitolul IX

Drepturile și obligațiile aparținătorilor/vizitatorilor și a pacienților internați

Art. 73 DREPTURILE APARTINĂTORILOR/ VIZITATORILOR

Conform deciziei Consiliului medical

1. Aparținătorii/ vizitatorii au dreptul de a vizita pacienții conform programului de vizite afișat în spital, specific fiecărei structuri medicale sau cel instituit în situații de risc epidemiologic.
2. În secțiile/compartimentele fără risc epidemiologic limitarea accesului vizitatorilor în spital: 1 vizitator/ pacient, timp de maxim 15-30 minute:
 - 1 vizitator/pacient în saloanele cu un număr de cel mult 3 paturi, pacienți putând fi vizitați doar pe rând
 - 1 vizitator/pacient în saloanele cu un număr de 4-6 paturi, putând fi vizitați maximum doi pacienți în același timp.
 - 1 vizitator/pacient în saloanele cu un număr mai mare de 6 paturi, putând fi vizitați maximum trei pacienți în același timp.
3. În cazul pacienților în stare terminală, cu excepția celor internați în structurile ATI, aparținătorii au dreptul de a vizita pacientul zilnic, indiferent de oră. În măsura în care condițiile din secție/ compartiment permit acest lucru, se poate asigura prezența permanentă lângă pacient a unui aparținător, cu acordul medicului curant. În măsura în care condițiile din secție/ compartiment nu permit accesul permanent, se va asigura accesul într-un spațiu de așteptare, în apropierea secției/compartimentului.
4. În cazul pacienților internați care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate, pe oricare dintre secțiile/compartimentele din unitatea sanitară, cu excepția structurilor ATI, accesul unui însoțitor poate fi permanent, cu respectarea măsurilor interne de prevenire a transmiterii infecțiilor și cu acordul șefului de secție/coordonatorului de compartiment.
5. În situația suspendării programului de vizită aparținătorii desemnați de către pacient au dreptul de a fi informați telefonic, zilnic prin medicul curant, despre starea și evoluția pacientului, cu respectarea drepturilor pacientului.
6. Pentru pacienții internați pe oricare dintre structurile cu paturi ale spitalului, la solicitare, cu respectarea drepturilor pacientului, aparținătorii pot discuta direct cu medicul curant în timpul programului zilnic de lucru al acestuia, în baza unui orar stabilit de medicul șef/coordonator de secție/compartiment, aprobat de directorul medical și afișat la loc vizibil la intrarea în spital.
7. Pentru pacienții cu următoarele boli și afecțiuni alergice: astm bronșic, rinită alergică, alergii alimentare, rinoconjunctivită alergică, dermatită alergică, anafilaxie, aparținătorii au dreptul să aducă în incinta spitalului propria hrană specifică acestor pacienți, în condițiile în care unitatea sanitară nu asigură toate

mesele la care au dreptul pe perioada spitalizării și care trebuie să nu conțină ingredientele interzis a fi consumate, potrivit fișei cu alimente alergene a fiecărui pacient.

8. Aparținătorul pacientului decedat, pe baza certificatului de calitate de moștenitor, în situația în care pacientul s-a aflat în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul cu privire la informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale, are dreptul de a solicita accesul la acestea.

(2) OBLIGAȚIILE APARTINĂTORILOR/ VIZITATORILOR

Conform deciziei Consiliului medical

1. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta programul de vizită al pacienților internați în structurile cu paturi, altele decât ATI, care este de luni până vineri, între orele 15.00 și 20.00 (o durată de 5 ore), precum și sâmbăta și duminica, între orele 10.00 și 20.00 (o durată de 7 ore).
2. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta măsurile de modificare și/ sau suspendare a programului de vizită.
3. La intrarea în spital aparținătorii au obligația de a prezenta personalului de pază actul de identitate pentru a fi trecut în registru de vizitatori. Cu această ocazie este interzisă perceperea de taxe pentru vizitarea pacienților.
4. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a purta echipament de protecție, adaptat în funcție de gradul de risc al secției) și asigurat în mod gratuit de către unitatea sanitară.
5. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta instrucțiunile personalului secției/compartimentului privind măsurile interne de prevenire a transmiterii infecțiilor.
6. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta interdicția de acces în secții/compartimente dacă prezintă semne clinice de infecții acute, aflați în stare de ebrietate sau aflați sub influența unor substanțe halucinogene.
7. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta interdicția ca pe perioada vizitei să filmeze sau să fotografieze pacientul fără acordul expres al acestuia.
8. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta interdicția de introducere în spital de băuturi alcoolice, droguri, arme, muniții sau alte instrumente care, prin acțiunea lor, pot afecta integritatea fizică și psihică a pacienților, aparținătorilor și a personalului unității sanitare.
9. Pe timpul vizitei în spital este interzisă folosirea telefonului mobil cu camera foto, aparat de fotografiat sau alte aparate de înregistrare și filmare.
10. Este interzis accesul în spital a persoanelor aflate în stare de ebrietate.
11. Copiii care își vizitează rudele în spital trebuie să fie însoțiți și supravegheați pe timpul vizitei de către un adult.
12. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a avea un comportament cuviincios în relațiile cu personalul spitalului și cu ceilalți pacienți și aparținători.
13. Aparținătorii au obligația să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, etc.
14. Este interzisă deplasarea în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);

15. Fumatul în incinta spitalului este strict interzis.

16. Dacă sunteți răcit, aveți gripă, COVID - 19 sau nu vă simțiți bine, este indicat să nu faceți vizite în spital!

DREPTURILE PACIENTULUI

Conform deciziei Consiliului medical

În aplicarea Legii nr. 46 din 2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare:

- Pacientii au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.
- Pacienții asigurați prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate au dreptul la investigații gratuite de screening la justa solicitare proprie din momentul încadrării în grupul de risc sau pe baza unei trimeri de la medicul specialist.
- Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.
- Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.
- Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.
- Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.
- Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.
- Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.
- Informațiile se aduc la cunoștința pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate. În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori într-o limbă pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare. Dacă pacientul nu este cetățean român, informațiile i se aduc la cunoștință într-o limbă de circulație internațională sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.
- Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.
- Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.
- Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.
- Pacientul sau persoana desemnată în mod expres de acesta are dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării și, la cerere, o copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță, o singură dată.

- Pacientul are dreptul sa refuze sau sa opreasca o interventie medicala asumandu-si, in scris, raspunderea pentru decizia sa; consecintele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.
- Pacientul are acces la datele medicale personale.
- Pacientul are dreptul de a desemna, printr-un acord consemnat in anexa la foaia de observatie clinica generala, o persoana care sa aiba acces deplin, atat in timpul vietii pacientului, cat si dupa decesul pacientului, la informatiile cu caracter confidential din foaia de observatie.
- *"Dreptul de a fi uitat"* al pacientului oncologic. In vederea asigurarii acestui drept, personalul medico-sanitar are obligatia de a nu furniza distribuitorilor de asigurari informatiile si documentele care vizeaza afectiunea oncologica in vederea evaluarii riscului pentru preluarea, respectiv mentinerea in asigurare, daca a trecut un termen de 7 ani de la data incheierii protocolului oncologic pentru pacientul adult, iar in cazul supravietuitului de cancer al carui diagnostic a fost pus inainte de varsta de 18 ani, termenul este de 5 ani de la data incheierii protocolului oncologic.
- Dreptul femeii la viata prevaleaza in cazul in care sarcina reprezinta un factor de risc major si imediat pentru viata mamei.
- Pacientul are dreptul la informatii, educatie si servicii necesare dezvoltarii unei vieti sexuale normale si sanataii reproducerii, fara nici o discriminare.
- Dreptul femeii de a hotari daca sa aiba sau nu copii este garantat, cu exceptia cazului in care sarcina reprezinta un factor de risc major si imediat pentru viata mamei.
- Pacientul, prin serviciile de sanatate, are dreptul sa aleaga cele mai sigure metode privind sanatatea reproducerii.
- Orice pacient are dreptul la metode de planificare familiala eficiente si lipsite de riscuri.
- Pacientul are dreptul la ingrijiri terminale pentru a putea muri in demnitate.
- Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material si de sfaturi pe tot parcursul ingrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, in masura posibilitatilor, mediul de ingrijire si tratament va fi creat cat mai aproape de cel familial.
- Pacientul internat are dreptul si la servicii medicale acordate de catre un medic acreditat din afara spitalului.
- Pacientul are dreptul la ingrijiri medicale continue până la ameliorarea starii sale de sanatate sau pana la vindecare.
- Pacientul are dreptul sa beneficieze de asistenta medicala de urgenta, de asistenta stomatologica de urgenta si de servicii farmaceutice, in program continuu.

I. În aplicarea Legii nr. 4 din 2021 privind protectia drepturilor persoanelor diagnosticate sau suspectate a fi diagnosticate cu boli sau afectiuni alergice, cu modificările și completările ulterioare:

- Persoanelor diagnosticate cu boli sau afectiuni alergice (astm bronsic, rinita alergica, alergie alimentara, rinoconjunctivita alergica, dermatita alergica, anafilaxie) si persoanelor care sunt suspectate a fi diagnosticate cu boli sau afectiuni alergice au următoarele drepturi:

- Li se garanteaza accesul la unitatilespitalicesti de stat sau private, cabinetele individuale de medicina de stat si private, inclusiv cabinetele de medicina dentara de stat si private in conditii de nediscriminare.
- Pentru asigurarea drepturilor prevazute la punctul anterior, acestor categorii de persoane ori familiilor acestora nu li se solicita bani sau alte foloase in natura.
- Asigurarea în cadrul unitatilorspitalicesti de stat sau private a tuturor mesele la care au dreptul pe perioada spitalizarii, precum si tratamentul medicamentos specific, care trebuie sa nu contina ingredientele interzis a fi consumate, potrivit fisei cu alimente alergene a fiecaruia. Portiile de mancare trebuie pregatite în recipiente separate, cu ustensile separate si din alimente care nu contin ingredientele interzise prin fisa de alergeni pentru fiecare pacient.
- În cazul în care nu se pot asigura condițiile de hrană și/ sau tratament prevăzute la punctul anterior unitatilespitalicesti de stat sau private permit accesul în incinta a pacienților diagnosticați cu boli si afectiuni alergice si celor care sunt suspectati a fi diagnosticați cu boli sau afectiuni alergice cu propria hrana si propriul tratament.
- Persoanele care prezinta risc de soc anafilactic beneficiaza, anual si in mod gratuit, de doua doze de adrenalina pentru autoinjectare, în baza documentului medical eliberat de medicul specialist.

Obligațiile pacienților în cadrul Spitalului Clinic de boli infecțioase

Conform deciziei

- Înainte de a beneficia de servicii de sănătate, în calitate de asigurat trebuie să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atesta această calitate.
- Să respecte programul și intervalele orare ale activităților medicale în care este implicat.
- Să respecte programul de odihnă, servire a mesei și primire de vizitatori al unității sau cel instituit în situații de risc epidemiologic.
- Să respecte recomandările medicului curant referitoare la tratament și regimul igienico-dietetic.
- Să informeze medicul și/ sau personalul medico – sanitar cu privire la medicamentele pe care utilizează și inclusiv pe care le are asupra sa.
- Sa nu utilizeze medicamente fara indicatia medicului curant.
- Să informeze medicul și/ sau personalul medico – sanitar cu privire la istoricul medical propriu și/ sau condiții fiziologice (menstruație, lăuzie etc).
- Să informeze medicul cu privire la consumul și/ sau expunerea la toxice: alcool, tutun, droguri, noxe.
- Să informeze medicul cu privire la statutul socioeconomic (particularități care țin de regiune, vârstă, sex, posibilități de întreținere etc).
- Să aibă un comportament cuviincios și să nu aducă jigniri în relațiile cu personalul spitalului și cu ceilalți pacienți.
- Să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, spațiile exterioare spitalului etc.

- Sa folosească cu grija bunurile care îi sunt puse la dispoziție, orice degradare fiind supusă regulilor de drept civil.
- Să utilizeze echipamentul obligatoriu cerut de structura cu paturi unde se află internat.
- Să nu părăsească incinta unității sanitare în ținuta de spital.
- Să nu părăsească spitalul pe durata internării, decât în cazurile recomandate de medic (consulturi sau analize la alte unități sanitare etc).
- Să depoziteze la garderoba spitalului sau să predea aparținătorilor efectele și bunurile de valoare.
- Să se prezinte la internare cu articole de igienă proprii (periuță și pastă de dinți, săpun și șampon, deodorant etc).
- Sa se îngrijească de igiena sa individuală, iar dacă starea de sănătate nu o permite, să solicite și să accepte sprijinul și ajutorul personalului auxiliar sanitar și/ sau aparținătorilor.
- Să își păstreze în frigider alimentele aduse de familie/aparținători și să nu depoziteze aceste alimente în noptiere sau pe pervazurile ferestrelor salonului.(dacă există frigidere pentru uzul pacienților).
- Să nu se deplaseze în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);
- Să nu arunce pe geamurile salonului nici un obiect (aliment, gunoi, etc).
- Sa colecteze selectiv deșeurile menajere: HARTIE, PLASTIC, STICLA – în recipientele puse la dispoziție de către instituție.
- Să nu dețină și să nu consume droguri, substanțe interzise de legile în vigoare, băuturi alcoolice și să nu organizeze și să nu participe la jocuri de noroc.
- Să nu introducă în incinta spitalului arme, muniții sau alte instrumente care, prin acțiunea lor, pot afecta integritatea fizică și psihică a pacienților, aparținătorilor și a personalului unității.
- Să nu posede și să nu difuzeze materiale cu caracter obscen sau pornografic în incinta spitalului.
- Să nu fumeze în incinta spitalului.
- Să semnaleze asistentei șef de secție sau medicului șef de secție orice deficiență constatată pe linia apărării împotriva incendiilor sau pe linia securității și sănătății în muncă (orice accident, incident).

(4) Obligatiile aparținătorilor / pacienților pe timpul prezentării la Camera de garda, sunt:

- a) Să prezinte la ghișeul de prezentare toate actele necesare, să ia la cunoștință de prevederile Regulamentului de ordine interioară al pacienților / aparținătorilor și să semneze Acordul pacientului informat, în caz contrar asumându-și consecințele.
- b) Să respecte conduita terapeutică și regulile de igienă, cooperarea la tratament și informarea medicului / asistentei în legătură cu orice modificare apărută în evoluția stării de sănătate a copilului.
- c) Să respecte integritatea bunurilor din patrimoniul spitalului pe care le folosește pe timpul prezentării și să folosească cu grijă și corect instalațiile electrice sau sanitare la dispoziție, în caz contrar, au obligația plății daunelor produse spitalului (de către

copil, pacient sau aparținător).

- d) Telefonul mobil va fi utilizat pe modul „ silențios ” și se interzice folosirea telefonului mobil în încăperile cu tehnică medicală.
- e) Este interzisă cu desăvârșire fotografierea și filmarea cu telefonul mobil sau orice alt aparat special.
- f) Să continue efectuarea tratamentului la domiciliu, conform recomandării medicului.
- g) Să respecte personalul spitalului și regulile de ordine interioară ale unității afișate la locuri vizibile.
- h) În interiorul și exteriorul clădirii sunt interzise cu desăvârșire: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, jocurile de noroc.
- i) Aparținătorii au obligația de a avea o comportare corectă în relațiile cu celelalte persoane și cu personalul medico-sanitar, evitând încălcarea disciplinei de spital, tulburarea liniștii și orice manifestare necuviincioasă sau neadecvată. Nemulțumirile vor fi aduse la cunoștință pe un ton adecvat și imediat ce este posibil medicului sau asistentului șef (personalul sanitar de serviciu), care sunt obligați să rezolve orice plângere.
- j) Aparținătorii și pacienții sunt obligați să păstreze curățenia culoarelor și grupurilor sanitare și să ajute personalul spitalului la efectuarea și menținerea curățeniei.

(5) Repausul la pat pe durata indicată de medicul curant este obligatorie. Deplasările pentru investigații și tratamente se vor face numai la indicația medicului curant iar pacienții vor fi însoțiți de personalul spitalului (în special pacienții cu probleme de deplasare). Părăsirea secției se face doar cu aprobarea personalului sanitar de serviciu (responsabilul de salon) doar pentru deplasarea în curtea spitalului

(6) Parintii/aparținătorii trebuie să însoțească copilul la investigațiile radiologice și imagistice, pentru asigurarea confortului/sustinerii/imobilizării acestuia, după caz, și să respecte instrucțiunile personalului din laborator pentru desfășurarea procedurilor în condiții de siguranță.

(7) Parintii/aparținătorii trebuie să informeze, despre posibilitatea existenței unei sarcini, atât la pacienta minoră cât și la însoțitoare, în momentul completării ”acordului pacientului informat”, precum și înainte de orice procedură sau investigație medicală, sau ori de câte ori se solicită astfel de informații.

(8) Dacă starea pacientului permite, în timpul dintre vizite și în afara orelor de servire a mesei, aparținătorul se poate deplasa în curtea spitalului pentru relaxare sau cumpărarea de produse necesare igienei personale, fără să părăsească perimetrul spitalului, cu condiția să comunice și să aibă acceptul asistentei șef de secție sau a personalului medical de serviciu.

(9) Se recomandă evitarea consumării de către copil a alimentelor aduse de acasă fără acordul medicului curant precum și a celor contraindicate de personalul medical. Este interzis în salon consumul de alimente. Cantități mici pot fi păstrate în frigiderul secției, în pungi etichetate cu numele aparținătorului și numărul salonului. În frigiderele pentru aparținători, este interzisă pastrarea alimentelor pentru sugari, inclusiv a laptelui matern.

În aceleași cazuri, pentru a nu se genera un risc de infecție, se interzice recoltarea și păstrarea secției a lăptelui matern mai mult de 30 minute.

(10) Aparținătorii au obligația de a avea o comportare corectă în relațiile cu celelalte persoane și cu personalul medico-sanitar, evitând încălcarea disciplinei de spital, tulburarea liniștii și orice manifestare necuviincioasă sau neadecvată. Nemulțumirile vor fi aduse la cunoștință pe un ton adecvat și imediat ce este posibil medicului curant sau asistentului șef de secție (personalul sanitar de serviciu), care sunt obligați să asculte și să rezolve orice plângere.

(11) Aparținătorii sunt obligați să păstreze curățenia saloanelor, culoarelor și grupurilor sanitare și să ajute personalul spitalului la efectuarea și menținerea curățeniei în salon.

(12) Plecarea din spital a pacientului se realizează doar prin externare.

(14) Aparținătorii sunt obligați să explice și să lămurească membrii familiilor lor în legătură cu respectarea cu strictețe a regulilor privind vizitarea pacienților și a dispozițiilor referitoare la obligațiile lor pe timpul internării și după externare.

(15) Certificatul de concediu medical se acordă în ziua externării. Dacă externarea se face într-una din zilele lunii următoare, atunci certificatul medical se va elibera, în aceleași condiții, în ultima zi lucrătoare a lunii, urmând ca pentru zilele rămase până la externare să se elibereze un alt certificat medical, în continuarea precedentului. Pacientul va prezenta adeverința de la angajatorul său din care să reiasă numărul de zile de concediu medical (cod 09) în ultimele 12 luni.

CAPITOLUL X

Dispoziții finale

Art. 74. – (1) Prevederile prezentului Regulamentului se adresează :

a) personalului încadrat / detașat sau aflat în misiune ori alte activități care se desfășoară în Spital;

b) pacienți/persoane internate/beneficiari ai actului medical în cadrul Spitalului;

c) însoțitorii persoanelor cu handicap/aparținători;

d) studenți, cursanți, practicanți;

e) voluntari de toate categoriile;

f) personal de cercetare;

g) vizitatori;

h) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;

i) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;

j) altor persoane din afara unității, care participă temporar la activități care se desfășoară în Spital (medici aflați în pregătire/ perfecționare, reprezentanți firme, muncitori etc.).

(2) Prezentul Regulament va fi adus la cunoștință întregului personal din cadrul spitalului, pe baza de semnătură, după aprobarea acestuia ce către Comitetul Director și Consiliul Județean Galați/Manager.

(3) Orice modificare și completare a prezentului Regulament se aprobă de către Comitetul Director și Consiliul Județean Galați/Manager.

Art. 75. – (1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile legislației muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul spitalului a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de compartimente funcționale din cadrul acestuia, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către manager, vor fi aduse la cunoștință, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) Șefii microstructurilor din compunerea spitalului dispun măsuri pentru studierea, cunoașterea și aplicarea prevederilor prezentului Regulament de către personalul din subordine, în părțile ce-l privesc, având obligația să informeze noii angajați cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile documentate și protocoalele medicale utilizate în desfășurarea activității lor.

(4) În măsura în care actele normative menționate în prezentul Regulament se modifică, se completează sau se abrogă, prevederile acestuia se vor aplica în limita prevederilor actelor normative nou intrate în vigoare, cu respectarea ierarhiei acestora, urmând ca revizuirea Regulamentului să se facă de către factorii responsabili din spital, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

(5) Nerespectarea dispozițiilor legale și a regulamentului de organizare și funcționare al spitalului atrage răspunderea disciplinară, materială, civilă, contravențională, și după caz, penală, în sarcina persoanelor vinovate.

APROBAT,
MANAGER INTERIMAR,
Ec.Costin Anghel


DIRECTOR MEDICAL INTERIMAR,
Prof.Dr.Draganescu Miruna

DIRECTOR FINANCIAR CONTABIL INTERIMAR
Ec.Savastre Tecla

Intocmit,
Cons. Jur. Chirita Simona

**Anexele 1-16 fac parte integranta din prezentul
Regulament de Organizare si Functionare**

**al Spitalului Clinic de Boli Infectioase
“Sf. Cuv. Parascheva” Galati**

Anexa nr. 1

(Art. 56 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de coordonarea implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru acreditare

1.Întemeiul prevederilor art. 4 pct. 9 și art. 5 alin. (1) pct. 16 din Anexa nr. 1 la O.M.S. 1348/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public, Comitetul director al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați¹⁸ a aprobat înființarea *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*¹⁹, a cărei atribuții, responsabilități, mod de organizare și funcționare, sunt prevăzute în prezentul regulament.

1.1. Decizia de înființare a *Comisiei* a fost înscrisă în Procesul-verbal nr. _____ din _____ al Comitetului director, și ulterior, componența acesteia se va nominaliza anual prin decizie a managerului Spitalului.

1.2.Înființarea la nivelul *Spitalului* a *Comisiei*, se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02²⁰ din cadrul Listei de verificare nr. 6 – Managementul calității (atribuțiile SMC) -anexă la *Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor*.

1. *Comisia este formată din* personalul nominalizat prin Decizie a Managerului care încadrează funcții de șefi, este împuternicit/delegat sau persoana desemnata din cadrul următoarelor microstructuri:

¹⁸Denumit în continuare: *Spitalul*

¹⁹Denumită în continuare: *Comisie*

²⁰Implementarea în cadrul spitalului a indicatorului "01.07.03.02.02-Există decizie de înființare a comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare" aferent L.V. 6 – Managementul calității (atribuțiile SMC), se realizează în contextul prevederilor art. 1 alin. (4) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, potrivit căreia: "Actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unitățile sanitare care doresc să se acrediteze, în condițiile legii".

Nr. crt.	Calitatea avută în Comisie	Personalul care încadrează funcții de șefi, înlocuitori, este împuternicit/delegat sau persoana desemnata din cadrul următoarelor microstructuri:	Înlocuitor desemnat de șefii / coordonatorii de microstructuri
1.	Președinte	Director medical	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
2.	Membru	Persoana desemnata din cadrul Compartiment RUNOS si SSM	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
3.	Membru	Titular contract externalizat asistență juridică	-
4.	Membru	Persoana desemnata din cadrul Compartiment de evaluare și statistică medicală	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
5.	Membru	Director financiar-contabil	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
6.	Membru	Sef Serviciul Achizitii – administrativ si situatii de urgenta	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
7.	Membru	Sef Formatie	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
8.	Membru	Coordonator Camera de gardă	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
9.	Membru	Sef Secție Clinica Boli Infectioase I	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
10.	Membru	Sef Secție Clinica Boli Infectioase II	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
11.	Membru	Sef Secție Clinica Dermatologie	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
12.	Membru	Coordonator Compartiment de supraveghere, prevenire si limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
13.	Membru	Sef Laborator de analize medicale	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
14.	Membru	Asistent radiolog - Laborator radiologie și imagistică medicală coordonat de Medicul radiolog aflat in contract cu spitalul	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
15.	Membru	Coordonator Unitatea de transfuzie sanguină	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
16.	Membru	Medic Coordonator Spitalizare de zi Boli Infectioase HIV SIDA-Dermatovenerologie	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
17.	Membru	Farmacist Sef - farmacie cu circuit inchis	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
18.	Membru	Director medical - Ambulatoriul integrat	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
19.	Membru	Asistent Sterilizare	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
20.	Membru	Asistent Sef Secție Clinica Boli Infectioase I	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
21.	Membru	Asistent Sef Secție Clinica Boli Infectioase I	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
22.	Membru	Asistent Sef Secție Clinica Dermatologie	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei
23.	Membru	Asistent Coordonator Camera de garda	Inlocuitorul de drept in lipsa titularului functiei

Nr. crt.	Calitatea avută în Comisie	Personalul care încadrează funcții de șefi, înlocuitori, este împuternicit/delegat sau persoana desemnata din cadrul următoarelor microstructuri :	Înlocuitor desemnat de șefii / coordonatorii de microstructuri
24.	Membru	Asistent Coordonator Spitalizare de zi Boli Infecțioase HIV SIDA-Dermatovenerologie	Inlocuitorul de drept în lipsa titularului funcției
25.	Membru	Arhivar	Inlocuitorul de drept în lipsa titularului funcției
26.	Membru	Cadru tehnic PSI	Inlocuitorul de drept în lipsa titularului funcției
27.	Secretar	Persoana desemnata din cadrul Compartiment managementul calității serviciilor medicale	Inlocuitorul de drept în lipsa titularului funcției

3. Fiecare din membrii *Comisiei* va desemna un înlocuitor care, în lipsa titularului, va îndeplini atribuțiunile care-i revin în calitate de membru al *Comisiei*.

4. Atribuțiile și responsabilitățile *Comisiei* sunt următoarele:

a) Face propuneri privind obiectivele și activitățile cuprinse în *Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților*, pe care le supune analizei Consiliului medical. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității, funcție de fondurile financiare la dispoziție;

b) Înaintează Consiliului medical propuneri privind programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;

c) Asigură mecanismele de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;

d) Face propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);

e) Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii *Comisiei* și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;

f) Identifică activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din *Planul anual al managementului calității și siguranței pacienților*, și face propuneri în vederea sincronizării acestora;

g) Prin membrii săi, pune la dispoziția C.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii analizei modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință;

h) Susține în permanență C.M.C.S.S. în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditare a spitalului, monitorizarea post-acreditare, implementarea și dezvoltarea continuă a conceptului de "Calitate";

i) Asigură prin membrii săi, difuzarea către întreg personalul spitalului a informațiilor privind stadiul implementării sistemului de management al calității, precum și a măsurilor de remediere/înlăturare a deficiențelor constatate;

j) Pune la dispoziția C.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului;

k) Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar C.M.C.S.S., să evalueze punctual, nivelul de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;

l) Sprijină C.M.C.S.S. în asigurarea permanentă a fluenței comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse prin Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 298/2020 pentru aprobarea *"Metodologiei privind monitorizare a procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului"*;

m) Face propuneri privind participarea anuală a propriilor membrii, la minim un curs, forum, conferință sau altă formă de pregătire profesională organizată sub egida A.N.M.C.S., care are ca subiect managementul calității serviciilor de sănătate și/sau privind auditul clinic/intern, pe care le înaintează managerului în vederea luării de decizii;

n) Face propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și se preocupă de implementarea și dezvoltarea și armonizarea mediului ambiental (cultura organizațională) și culturii calității în *Spital*, având în acest sens obligația de a aviza Codul de conduită existent la nivelul spitalului, precum și eventualele modificări/completări la acesta;

o) În situația producerii unor evenimente adverse la nivelul spitalului, face propuneri de nominalizare de către manager a personalului care face parte din comisia de cercetare a respectivelor evenimente, în funcție de natura evenimentului și de microstructura/locația în care s-au produs acestea. După emiterea de către comisiile de cercetarea evenimentelor adverse a rapoartelor de analiză a cauzelor care au dus la apariția respectivelor evenimente, face propuneri concrete în vederea implementării măsurilor pentru prevenirea repetării lor;

p) Monitorizează prin membrii săi condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 - Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical;

q) Analizează anual propunerile formulate de către C.M.C.S.S. privind tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, diferențiată pe categorii de personal, în scopul prioritizării acestora;

r) Analizează anual propunerile formulate de către persoana desemnată de către manager să desfășoare activitatea de informare și relații publice, în ceea ce privește conținutul programului de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/însoțitorii/apartinătorii;

s) Asigură interfața necesară elaborării de protocoale/înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;

t) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților;

u) Realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție, pe care o transmite Consiliului medical;

v) Monitorizează modul de implementare a recomandărilor C.M.C.S.S. pentru eficientizarea activităților și proceselor derulate în spital;

w) Identifică procesele din organizație și disfuncțiile produse în desfășurarea acestora, întocmind propuneri fezabile de remediere a neajunsurilor constatate;

x) Analizează conținutul standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 și stabilește care este drumul de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;

y) Coordonează elaborarea documentației aferente procesului de evaluare și acreditare împreună cu C.M.C.S.S.

z) În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare:

- i. Stabilește un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori;
- ii. Stabilește modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;
- iii. Stabilește documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;
- iv. Identifică activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;
- v. Identifică actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;
- vi. Stabilește proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;
- vii. Stabilește echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;
- viii. Stabilește circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;
- ix. Asigură implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate;

aa) În perioada de previzită din etapa de evaluare (coordonată de către *Comisia de evaluare a spitalului*²¹ nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), *Comisia* pune la dispoziția C.M.C.S.S., toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);

bb) Pe timpul vizitei propriu-zise la spital a C.E. nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S., membrii *Comisiei* au următoarele obligații:

²¹ Denumită în continuare: C.E.

- i. Să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;
- ii. se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii C.E. pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;
- iii. pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii C.E.;
- iv. transmit secretarului C.E. toate documentele solicitate în format scris sau electronic;
- v. gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita C.E.

cc) În perioada de postvizită din etapa de evaluare, face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

dd) După elaborarea de către membrii C.E. a raportului de evaluare și comunicarea acestuia către spital, face propuneri concrete de remediere a deficiențelor semnalate în respectivul raport.

5. În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, *Comisia*, va avea în vedere în permanență:

- a) Creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
- b) implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
- c) implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- d) dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

6. *Comisia* se întrunește, de regulă, lunar sau la nevoie, în ședință ordinară, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

6.1. Din dispoziția managerului sau la solicitarea C.M.C.S.S., *Comisia* se întrunește în ședințe extraordinare pentru soluționarea unor situații neconforme care determină diminuarea calității serviciilor și siguranței pacienților.

7. Ordinea de zi a ședințelor ordinare, precum și eventuale documente care urmează a fi discutate în cadrul ședințelor, se postează pe serverul spitalului în folderul dedicat *Comisiei*, de regulă, cu minim o săptămână înaintea fiecărei întruniri, prin grija secretarului *Comisiei*, pentru a da posibilitatea membrilor acesteia să pregătească materialele necesare a fi discutate în cadrul ședințelor.

7.1. Oricare dintre membrii *Comisiei* poate contribui cu propuneri la stabilirea ordinii de zi a ședințelor ordinare, în acest sens având obligația de a contacta secretarul *Comisiei*, anterior termenului stabilit la alin. (1).

8. *Comisia* este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din totalul membrilor acesteia sau înlocuitorilor legali ai acestora.

8.1. Deciziile *Comisiei* se iau cu majoritatea simplă.

9. Lucrările fiecărei ședințe se vor consemna într-un Proces-verbal de ședință, tehnoredactat, prin grija secretarului *Comisiei*, care va fi înaintat managerului spitalului, în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare

9.1. În scopul luării la nivelul *Spitalului* a măsurilor necesare de implementare a Cerinței "01.03.03.01 – Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social" prevăzută în Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 446/2017, procesul-verbal de ședință va fi postat pe serverul spitalului în folderul dedicat *Comisiei*, prin grija secretarului acesteia.

10. Toate materialele elaborate în cadrul ședințelor *Comisiei*, precum și cele care au fost prezentate în cadrul acestora, vor fi gestionate, înregistrate și arhivate conform prevederilor legale aplicabile la nivelul *Spitalului*, de către secretarul *Comisiei*.

Anexa nr.2

(Art. 57 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.²²

1. În baza deciziei managerului, la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" înființează și funcționează Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M., din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

a) Președinte: medic coordonator CSPLIAAM

b) Membri:

- Director medical;
- Sef Secție Clinica BI I ;
- Sef Secție Clinica BI II ;
- Sef Secția Clinica DV ;
- coordonator UTS;
- coordonator Spitalizare de zi;
- sef laborator analize medicale;

²²Bază: indicator „02.11.01.02.03 - Cantitățile de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către Comisia de biocide și materiale sanitare cu participarea SSPLIAAM/CSPLIAAM” aferent L.V. 9 – Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile SPLIAAM/CPLIAAM)

- asistent laborator radiologie și imagistică medicală;

—șef farmacie circuit închis

c) Secretar, asistent medical CSPLIAAM.

2. Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:

a) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.

b) Comisia se întâlnește de regulă ori de câte ori se întocmește un contract subsecvent, în principiu la 3 luni de zile. Comisia se poate întruni în ședințe extraordinare ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui comisiei.

c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.

d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora. Prezența la ședință a membrilor comisiei este obligatorie. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comisiei nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal.

e) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

f) În situația în care șeful președintele Comisiei se află în imposibilitatea de a convoca – conduce Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. (concediu de odihnă, concediu medical etc.), convocarea și conducerea ședinței se va realiza de către directorul medical;

g) Dezbaterile Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință;

h) În cazul în care în urma votului membrilor Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

3. Comisia de biocide și materiale sanitare are, în principal, următoarele atribuții:

a) În urma analizei referatelor de necesitate ale secțiilor / compartimentelor / laboratoarelor, stabilește anual și ori de câte ori este nevoie, necesitatea achiziționării de biocide și materiale sanitare) necesare pentru prevenirea IAAM. La nivelul CPIAAM există fundamentarea nevoii de biocide și materiale sanitare necesare de prevenire a IAAM – un referat de necesitate anual, întocmit pe baza referatelor secțiilor / compartimentelor / laboratoarelor.

b) Analizează istoricul consumului de biocide pe anul precedent, pe categorii de produse, în cadrul spitalului, pus la dispoziție de către Personalul care gestionează biocidele și materiale sanitare necesare prevenirii IAAM;

c) Propune și analizează suma estimativă/existentă (defalcăt) în bugetul de venituri și cheltuieli a spitalului, pentru achiziționarea acestora, pusă la dispoziție de către directorul financiar contabil.

d) Estimarea P.A.A.P.-ului necesar desfășurării activității din spital;

e) Participarea în cadrul comisiilor de evaluare tehnică la procedurile de licitații pentru biocide și materialele sanitare;

f) La solicitarea conducerii spitalului, Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. poate fi consultată la stabilirea unei liste de biocide și materiale sanitare de bază (critice), obligatorii și a stocului minim acceptat pentru acestea;

g) Categoriile de materiale sanitare necesare prevenirii IAAM care fac obiectul analizei Comisiei de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. se referă în principal la materialele necesare pentru prelevarea testelor bacteriologice de autocontrol – teste de sanitație, de sterilitate, de aeromicrofloră, probe tegumentare.

Anexa nr. 3

(Art. 58 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial pentru implementarea și dezvoltarea sistemelor proprii de control intern managerial nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase “Sf. Cuv. Parascheva” Galați

1. Scopul comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial, denumită în continuare *comisia de monitorizare*, îl constituie asigurarea condițiilor necesare implementării și dezvoltării sistemului propriu de control intern managerial în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase “Sf. Cuv. Parascheva” Galați

2. Activitatea comisiei de monitorizare se desfășoară în conformitate cu prevederile *Ordinului nr. 600/2018 al Secretarului General al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice* și a prezentului Regulament de organizare și funcționare, denumit în continuare *Regulament*.

3. Obiectul prezentului Regulament îl constituie stabilirea modului de organizare și funcționare al comisiei de monitorizare și cuprinde obiectivele, atribuțiile și responsabilitățile acesteia.

4. Comisia de monitorizare se nominalizează anual prin decizie a managerului spitalului.

4.1. Componenta comisiei de monitorizare este formată din totisefii /coordonatorii de structuri:

5. Modul de organizare și de lucru ale comisiei de monitorizare se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și complexitatea proceselor și activităților.

5.1. Comisia de monitorizare se întrunește, pe baza ordinii de zi aprobată de președintele comisiei, la convocarea acestuia transmisă / postată de secretariatul tehnic cu cel puțin 5 zile înainte de data ședinței, de regulă o dată pe lună în ședință ordinară, pentru îndeplinirea scopului / obiectivelor. Comisia de monitorizare se poate întruni în ședințe extraordinare ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui comisiei.

5.2. Lucrările comisiei de monitorizare sunt conduse de președintele acesteia.

5.3. Comisia de monitorizare este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora.

5.4. În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, la ședințele comisiei de monitorizare pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator;

5.5. Deciziile comisiei de monitorizare se adoptă cu majoritate simplă; în caz de egalitate de voturi, votul președintelui este hotărâtor.

5.6. Desfășurarea ședinței se consemnează într-un proces-verbal de ședință, aprobat de președintele comisiei, tehnoredactat de un membru al secretariatului tehnic. Procesul verbal de ședință va fi postat pe serverul spitalului, în folderul dedicat, prin grija secretariatului tehnic.

7. Principalele atribuții ale comisiei de monitorizare sunt următoarele:

- a) Elaborează Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial și îl supune spre aprobare managerului spitalului;
- b) Coordonează procesul de stabilire a obiectivelor generale și specifice din cadrul spitalului;
- c) Coordonează procesul de stabilire a indicatorilor de performanță asociați obiectivelor și activităților desfășurate în cadrul spitalului;
- d) Analizează și supune anual spre aprobare managerului spitalului "Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile identificate";
- e) Analizează și supune anual spre aprobare managerului spitalului, Inventarul privind funcțiile sensibile și măsurile pentru gestionarea acestora;
- f) Analizează și supune spre aprobare managerului spitalului "Raportul anual privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului";
- g) Coordonează inventarierea activităților din cadrul spitalului pe domenii de activitate;
- h) Coordonează activitatea de elaborare și actualizare a procedurilor de sistem și operaționale;
- i) Analizează, avizează și supune spre aprobare managerului "Registrul de riscuri al spitalului";
- j) Monitorizează și coordonează permanent activitățile de punere în aplicare a măsurilor de management al riscurilor;
- k) Propune managerului spitalului noi acțiuni sau revizuirii de termene, când apar disfuncții în implementarea măsurilor de management al riscurilor;

- l) Analizează, avizează și supune spre aprobare managerului spitalului, raportările și informările/situațiile centralizatoare prevăzute de legislația în domeniu.

8. Atribuțiile președintelui comisiei de monitorizare:

- a) Coordonează activitatea comisiei de monitorizare;
- b) elaborează, prin secretariatul tehnic al comisiei, regulamentul de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare;
- c) emite, prin secretariatul tehnic, ordinea de zi a ședințelor, asigură conducerea ședințelor și elaborarea minutilor și hotărârilor comisiei de monitorizare;
- d) conduce și coordonează activitatea secretariatului tehnic;
- e) urmărește respectarea termenelor stabilite de către comisia de monitorizare și decide asupra măsurilor care se impun pentru resectarea acestora;
- f) aprobă ordinea de zi a ședințelor comisiei de monitorizare și asigură buna desfășurare a acestora;
- g) decide asupra participării la ședințele comisiei de monitorizare și a altor persoane, în calitate de invitați, a căror prezență este necesară pentru clarificarea/soluționarea unor probleme specifice;
- h) acordă avizul de conformitate pentru hotărârile, informările, evaluările și raportările comisiei de monitorizare.

9. Atribuțiile secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare:

- a) centralizează, ține evidența procedurilor de sistem/operationale în Registrul pentru evidența procedurilor de sistem/operationale, în format electronic și le pune la dispoziția personalului prin serverul spitalului;
- b) elaborează Inventarul activităților spitalului, pe baza propunerilor șefilor de microstructuri;
- c) elaborează Inventarul privind funcțiile sensibile și al măsurilor pentru gestionarea acestora, pe baza propunerilor șefilor de microstructuri;
- d) elaborează "Registrul de riscuri al spitalului", pe baza registrelor de riscuri întocmite la nivelul fiecărei microstructuri;
- e) elaborează Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative și îl trimite șefilor de microstructuri pentru punerea în aplicare;
- f) elaborează Raportul anual privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului;
- g) elaborează raportările și informările/situațiile centralizatoare prevăzute în Ordinul secretarului general al Guvernului nr.600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, pe baza datelor primite de la microstructurile spitalului;
- h) pregătește documentele de lucru pentru ședințele comisiei de monitorizare.

10. Atribuțiile șefilor de microstructuri:

- a) pun în aplicare măsurile stabilite pentru implementarea și dezvoltarea continuă a sistemului de control intern managerial în cadrul microstructurii pe care o conduc;

- b) stabilesc obiectivele și indicatorii de performanță ai microstructurii și activitățile necesare îndeplinirii acestora, potrivit responsabilităților;
- c) identifică, analizează, evaluează și prioritizează riscurile care pot afecta atingerea obiectivelor generale/specifice ale microstructurii și formulează propuneri privind măsurile de management al riscurilor;
- d) nominalizează un responsabil cu riscurile la nivelul microstructurii;
- e) transmit secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare propuneri pentru întocmirea Registrului de riscuri pe spital;
- f) transmit secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare propuneri pentru elaborarea/actualizarea procedurilor de sistem/operaționale;
- g) reevaluează riscurile anual sau ori de câte ori este nevoie, semnalează apariția unor noi riscuri și fac propuneri în sensul diminuării acestora sau al exploatarea oportunităților.

11. Pe linia implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial, managerul spitalului are următoarele atribuții:

- a) aplică principiile controlului intern managerial în actul de conducere;
- b) asigură cadrul organizațional și procedural privind punerea în aplicare a măsurilor necesare pentru implementarea și dezvoltarea continuă a sistemului propriu de control intern managerial;
- c) decide măsurile adecvate de management al riscurilor, pe baza "Planului de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative" elaborat de secretariatul tehnic;
- d) aprobă Registrul de riscuri, Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative și Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al spitalului;
- e) aprobă rapoartele și informările/situațiile centralizatoare prevăzute de Ordinul nr.600/2018 al Secretarului general al Guvernului și dispune transmiterea acestora la termenele stabilite;
- f) stabilește microstructurile responsabile de implementarea standardelor de control intern managerial, în conformitate cu atribuțiile ce le revin.

12. Comisia de monitorizare cooperează cu toate microstructurile din cadrul Spitalului, în vederea implementării și dezvoltării unui sistem integrat de control intern managerial.

13. Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii comisiei de monitorizare și angajază responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.

Anexa nr. 4

(Art. 59 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Grupului de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital²³

Pentru conformarea la indicatorul "02.03.01.05.02 - Spitalul are constituit un grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital" aferent „L.V. 07 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical)” anexă la Ordinul președintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați este organizat și funcționează va funcționa un **grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital** compus din următorul personal (nominalizat anual prin decizie a managerului):

- șef secția clinică boli infecțioase I ;
- șef secție clinică boli infecțioase II;
- șef secție clinică dermatologie
- șef farmacie;
- șef interimar laborator analize medicale
- laborator radiologie și imagistică medicală
- coordonator Camera de gardă
- farmacist
- coordonator cabinete boli infecțioase.

2. Grupul de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spitalare, în principal, următoarele atribuții:

- a) Propune actualizarea protocoalelor atunci când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu);
- b) Propune elaborarea unor anumite protocoale în funcție de:
 - i. Prioritățile structurii medicale de îmbunătățire a serviciilor;
 - ii. Planul de servicii medicale al spitalului;
 - iii. Nivelul de prioritate a riscului identificat, avându-se în vedere – pe de o parte: riscurile clinice și pe de altă parte riscurile risipei de resurse.
- c) Asigură documentarea fiecărui protocol în parte, din următoarele surse de acces:

²³Bază: indicatorul "02.03.01.05.02 - Spitalul are constituit un grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital" aferent L.V. 07 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical), anexă la Ordinul președintelui ANMCS nr. 8/2018;

- i. Resurse bibliografice identificate în mod clar (ghiduri naționale și europene în domeniu (ex. ESA, ASA, NICE), UpToDate – actualizate, jurnale internaționale de referință, Cochrane Library sau echivalente;
 - ii. dovezi de bună practică medicală (publicații, indicatori de bună practică medicală);
 - iii. Experiența și protocoalele altor instituții performante;
 - iv. Opiniile personalului medical;
 - v. Indicatori privind performanța instituției
- d) Pentru fiecare protocol nou elaborat realizează o analiză a practicii actuale pentru a identifica problemele întâmpinate. În acest sens se determină performanța proceselor operaționale curente ale spitalului pentru a stabili unde pot fi făcute îmbunătățiri. În acest sens se va detalia schema flux, până la acel punct care necesită îmbunătățiri;
- e) În elaborarea / redactarea protocoalelor se vor urmări îndeplinirea următoarelor cerințe obligatorii și conformarea la următorii indicatori aferenți unor liste de verificare anexe la Ordinul președintelui ANMCS nr.8/2018;
- f) La solicitarea medicilor care întocmesc protocoale definește setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor și condițiile în care depășirea competențelor asumate prin protocoale este permisă.

La solicitarea Consiliului medical întocmește analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.

**Regulament de organizare și funcționare al Comitetului de prevenirea
infecțiilor asociate asistenței medicale**

1. În baza deciziei managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați înscrisă și în conformitate cu *O.M.S. nr. 1101 din 07.10.2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale*, Anexa nr. 1, Capitolul I, punctul 3 și Capitolul II punctul 1, la nivelul spitalului s-a înființat Comitetul de prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

Președinte comitet: coordonator CSPLIAAM

Membri comitet:

- Director medical
- Medic responsabil de politica de utilizare a antibioticelor
- Șef Secție Clinică Boli infecțioase I
- Șef Secție Clinică Boli Infecțioase II
- Șef Secție Clinică Dermatologie
- Șef farmacie
- Șef laborator analize medicale
- Coordonator UTS
- Coordonator Spitalizare zi

2. Reglementarea activității Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați are ca principale scopuri:

- a) respectarea prevederilor legale referitoare la rolul și modul de organizare și funcționare a Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați;
- b) crearea suportului necesar și asigurarea funcționării eficiente în vederea supravegherii, prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM) din cadrul spitalului;
- c) implicarea activă a personalului medical pentru depistarea, declararea și reducerea IAAM, având ca obiectiv creșterea calității actului medical;

3. Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale își desfășoară activitatea în ședințe ordinare trimestriale sau extraordinare pentru analiza situației și elaborarea de propuneri către Comitetul director (conform Ord. MS Nr. 1101/2016), cu respectarea următoarelor reguli:

a) prezența la ședință a membrilor Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale este obligatorie. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comitetului nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal.

b) în situația în care Coordonatorul CPCIN se află în imposibilitatea de a convoca Comitetul de prevenire IAAM (concediu de odihnă, concediu medical etc.), convocarea se va realiza de către Directorul Medical;

c) dezbaterile Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale se consemnează în Procesul verbal al ședinței, semnat de toți membrii comitetului prezenți la ședință;

d) procesele verbale ale ședinței vor fi înregistrate la Compartimentul documente clasificate în dosarul dedicat Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.

4. Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale are, în principal, următoarele atribuții:

a) organizează activitățile de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitate (IAAM);

b) analizează circulația microorganismelor patogene, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major de la nivelul secțiilor și compartimentelor;

c) realizează o statistică anuală a IAAM din spital (rata de incidență pe unitate și în secții) pe care o prezintă la ședința Consiliului medical din luna ianuarie a anului următor;

d) răspunde de raportarea ca eveniment advers a IAAM către D.S.PGalati și ANMCS și de aplicarea măsurilor imediate de limitare a acestora;

e) evaluează metodologia de supraveghere a expunerii accidentale a personalului care lucrează în domeniul sanitar la produse biologice;

f) evaluează respectarea Precauțiunilor standard – măsuri minime obligatorii pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

g) analizează semestrial aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM

h) analizează anual aplicarea în activitatea curentă a standardelor de sterilizare, respectiv a condițiilor de igienă privind cazarea și alimentația pe perioada îngrijirilor acordate pacienților (cerința ANMCS);

i) coordonează măsurile de prevenire a IAAM care trebuie implementate și respectate de vizitatori și personalul spitalului;

j) analizează rezultatele acțiunilor de control din partea instituțiilor abilitate (analiza proceselor-verbale constatatoare și analiza eventualelor sancțiuni);

k) analizează lunar toate cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente;

l) elaborează un plan de acțiune în cazul apariției unor focare epidemice de infecție.

5. În ceea ce privește supravegherea consumului de antibiotice în spital, membrii Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale au următoarele atribuții²⁴:

a) șeful Secției farmacie asigură informarea Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, în ședințele trimestriale ale acestuia, privind consumul de antibiotice din cadrul spitalului pe baza analizelor privind respectivul consum prezentate lunar în ședințele Consiliului medical;

b) în cazul în care se constată un consum nejustificat de antibiotice, Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale face propuneri scrise privind politica de antibioticoterapie în spital către Comitetul director, după analiza acestora în Consiliul medical.

analizează cazurile de IAAM cu microorganisme plurirezistente (cerința ANMCS).

²⁴Bază: indicatorul „02.10.01.01.02 - Comitetul de prevenire a I.A.A.M. are prevăzute atribuții cu privire la supravegherea consumului de antibiotic în spital” aferent L.V. 09 - Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile CSPLIAAM)”.

Regulament de organizare și funcționare al Consiliului etic²⁵

1. Reglementarea activității Consiliului etic la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați are ca principale scopuri:

a) Adecvarea activităților desfășurate de către Consiliul etic așa cum sunt acestea prevăzute în normele legale care reglementează pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice, la specificul proceselor și activităților subsecvente acestora care se desfășoară la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați

b) Se asigură posibilitatea tuturor angajaților spitalului de a lua act de rolul, importanța și activitățile desfășurate de către Consiliul etic în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați.

c) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- i. Apariția de abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar sau a pacienților;
- ii. Necunoaștere a situației etice / morale cu privire la activitatea medicală din cadrul instituției;
- iii. Analiza incompletă / superficială a sesizărilor de incident de etică sau vulnerabilitate etică.

1. Constituirea Consiliului etic se realizează conform prevederilor Art. 2 din *OMS nr. 1502/2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice*²⁶.

1.1 Durata mandatului de membru permanent sau supleant al Consiliului etic este de 3 ani. Cu 30 de zile înainte de finalul mandatului se realizează o nouă procedură de selecție, pentru asigurarea continuității în funcționarea Consiliului etic, conform prevederilor Art. 4 din Ordinul 1502/2016.

1.2 Secretarul și consilierul juridic au obligația participării la toate ședințele Consiliului etic, fără a avea drept de vot.

1.3 Membrii Consiliului etic, precum secretarul și consilierul juridic beneficiază, cu prioritate, de instruire în domeniul eticii și integrității din partea Ministerului Sănătății.

2. Consiliul etic se întrunește lunar sau, ori de câte ori apar noi sesizări ce

²⁵Bază: indicatorul "03.02.01.02.01 – La nivelul spitalului este reglementată activitatea Consiliului etic" aferent L.V. 05 – Managementul organizației (atribuțiile managerului și ale comitetului director), anexă la Ordinul președintelui A.N.MC.S, nr. 8/2018.

²⁶Denumit în continuare: Ordinul 1502/2016

necesită analiza de urgență, la convocarea managerului, a președintelui consiliului sau a cel puțin 4 dintre membrii acestuia, cu respectarea următoarelor reguli:

a) Ședințele sunt conduse de către președinte sau, în lipsa acestuia, de către persoana decisă prin votul secret al membrilor prezenți.

b) Cvorumul ședințelor se asigură prin prezența a cel puțin 5 dintre membrii Consiliului etic, inclusiv președintele de ședință.

c) Prezența membrilor la ședințele Consiliului etic se confirmă secretarului cu cel puțin o zi înainte de ședință. În cazul absenței unuia dintre membrii Consiliului, secretarul solicită prezența membrului supleant respectiv.

d) Deciziile se adoptă prin vot secret, cu majoritate simplă.

e) În cazul în care în urma votului membrilor Consiliului etic se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

f) Exprimarea votului se poate face „pentru” sau „împotriva” variantelor de decizii propuse în cadrul ședinței Consiliului etic.

g) În situația în care speța supusă analizei implica o problemă ce vizează structura de care aparține unul dintre membrii Consiliului etic sau membrul are legături directe sau indirecte, de natură familială, ierarhică ori financiară, cu persoanele fizice sau juridice implicate în speța supusă analizei Consiliului, acesta se suspendă, locul său fiind preluat de către supleant. În cazul în care și supleantul se găsește în aceeași situație de incompatibilitate, acesta se suspendă, speța fiind soluționată fără participarea celor doi, cu respectarea cvorumului.

h) La fiecare ședință a Consiliului etic se întocmește un proces-verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate.

i) Consiliul etic asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal, inclusiv după soluționarea sesizărilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, conform declarației completate din anexa nr. 3 la *OMS nr. 1502/2016*. Încălcarea confidențialității de către orice membru al Consiliului etic atrage răspunderea legală a acestuia.

j) În cazul motivat de absență a unui membru, acesta este înlocuit de membrul supleant. În caz de absență a președintelui, membrii Consiliului etic aleg un președinte de ședință, prin vot secret.

k) Managerul spitalului are obligația de a promova Consiliul etic în cadrul fiecărei secții din spital prin afișe al căror conținut este definit de Compartimentul de integritate al Ministerului Sănătății. Compartimentul de integritate are obligația să informeze opinia publică cu privire la funcționarea consiliilor de etică în spitale, la nivel național.

3. Consiliul etic are, în principal, următoarele atribuții:

a) Promovează valorile etice medicale și organizaționale în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al spitalului;

b) Identifică și analizează vulnerabilitățile etice și propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a acestora la nivelul spitalului;

c) Primește din partea managerului spitalului sesizările adresate direct consiliului etic și alte sesizări transmise spitalului care conțin spețe ce cad în atribuțiile consiliului;

d) Analizează, cu scopul de a determina existența unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice, spețele ce privesc:

- i. Cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient - cadru medico-sanitar și auxiliar din cadrul spitalului, prevăzute în legislația specifică;
- ii. Încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar, prevăzute în legislația specifică;
- iii. Abuzuri săvârșite de către pacienți sau personalul medical asupra personalului medico-sanitar și auxiliar, prevăzute în legislația specifică;
- iv. Nerespectarea demnității umane;
 - e) Emite avize etice, ca urmare a analizei situațiilor definite de lit. d);
 - f) Sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții spitalului sau de către petent;
 - g) Sesizează colegiul medicilor ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei situații de malpraxis;
 - h) Asigură informarea managerului și a compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor stabilite de avizul etic;
 - i) Întocmește conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;
 - j) Emite hotărâri cu caracter general ce vizează spitalul;
 - k) Aprobă conținutul rapoartelor întocmite semestrial și anual de secretarul consiliului etic;
 - l) Analizează trimestrial rezultatele implementării mecanismului de feedback al pacientului în baza rapoartelor de pe pagina web transparenta.ms.ro, administrată de Ministerul Sănătății și dezvoltată și întreținută de STS;
 - m) Analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al spitalului și face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
 - n) Analizează din punctul de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților și oferă un aviz consultativ comisiei de etică din cadrul spitalului, pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul spitalului;
 - o) Oferă, la cerere, consiliere de etică pacienților, aparținătorilor, personalului medico-sanitar și auxiliar.

4. Atribuțiile președintelui Consiliului etic sunt următoarele:

- a) Convoacă Consiliul etic, prin intermediul secretarului;
- b) Prezidează ședințele Consiliului etic, cu drept de vot;
- c) Avizează, prin semnătură, documentele emise de către Consiliul etic și rapoartele periodice;
- d) Informează managerul spitalului, în termen de 7 zile lucrătoare de la vacanțarea unui loc în cadrul Consiliului etic, în vederea completării componenței acestuia.

5. Atribuțiile secretarului Consiliului etic sunt următoarele:

- a) Deține elementele de identificare – antetul și ștampila Consiliului etic – în vederea avizării și transmiterii documentelor;
- b) Asigură redactarea documentelor, înregistrarea și evidența corespondenței, a sesizărilor, hotărârilor și avizelor de etică;
- c) Introduce sesizările primite în sistemul informatic securizat al

Ministerului Sănătății, în termen de o zi lucrătoare de la înregistrarea acestora, și asigură informarea, după caz, a membrilor Consiliul etic și a managerului spitalului prin mijloace electronice, cu privire la acestea;

d) Realizează, gestionează și actualizează baza de date privind sesizările, avizele, hotărârile Consiliului etic și soluționarea acestora de către manager;

e) Informează președintele cu privire la sesizările primite în vederea convocării Consiliului etic;

f) Convoacă membrii Consiliului etic ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui, cu cel puțin două zile lucrătoare înaintea ședințelor;

g) Asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal;

h) Întocmește procesele-verbale ale ședințelor Consiliului etic;

i) Asigură trimestrial informarea membrilor Consiliului etic și a managerului spitalului cu privire la rezultatele mecanismului de feedback al pacientului, atât prin comunicare electronică, cât și prezentarea rezultatelor în cadrul unei ședințe;

j) Asigură postarea lunară pe site-ul spitalului a informațiilor privind activitatea Consiliului etic (lista sesizărilor, a avizelor și hotărârilor etice, rezultatul mecanismului de feedback al pacientului);

k) Formulează și/sau colectează propunerile de îmbunătățirea activității Consiliului sau spitalului și le supune aprobării Consiliului etic;

l) Întocmește raportul semestrial al activității desfășurate, în primele 7 zile ale lunii următoare semestrului raportat, și îl supune avizării președintelui și ulterior aprobării managerului;

m) Întocmește raportul anual al activității desfășurate și Anuarul etic, în primele 15 zile ale anului următor celui raportat, și îl supune avizării președintelui și aprobării managerului;

n) Pune la dispoziția angajaților Anuarul etic, care constituie un manual de bune practici la nivelul spitalului.

6. Sesizarea unui incident de etică poate fi făcută în următoarele condiții:

a) Sesizarea unui incident de etică sau a unei vulnerabilități etice poate fi făcută de către pacient, aparținător sau reprezentant legal al acestuia, personalul angajat al spitalului și orice altă persoană interesată, aceasta fiind obligată să înscrie cel puțin următoarele date și informații:

a. Numele și prenumele solicitantului;

b. Calitatea în care adresează solicitantul sesizarea (pacient, aparținător, personal medico sanitar, conducere unitate sanitară, asociație pacienți);

c. Spitalul unde a fost internat;

d. Secția unde a fost internat;

e. Data internării;

f. Data externării;

g. Obiectul vizat de sesizare (încălțări ale drepturilor pacientului, condiționarea serviciilor medicale, abuzuri săvârșite asupra personalului medico-sanitar, alte aspecte);

h. Personalul din spital care este vizat de sesizare (medici, asistente medicale/asistenți medicali, infirmiere, brancardieri, portari, personalul administrativ, conducerea unității sanitare, pacienți/aparținători sau reprezentanți legali ai acestora sau niciuna dintre variante);

i. Modalitatea de contact a solicitantului (telefonic, adresă de email, prin poștă).

b) Sesizările sunt adresate managerului spitalului și se depun la compartimentul documente clasificate, se transmit prin poșta electronică sau prin completarea formularului online aflat pe pagina web a spitalului.

c) Fiecare sesizare (depusă la compartimentul documente clasificate, trimisă prin poșta electronică sau formular online aflat pe pagina web a spitalului) primește, după caz, un număr de înregistrare comunicat de către șeful C.D.C. sau secretarul Consiliului etic persoanei care o înaintează.

d) Sesizările anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare ale petiționarului nu se iau în considerare și vor fi clasate. Ca excepție, în situația în care exista mai mult de 3 sesizări anonime în interval de un an calendaristic care se referă la spețe diferite din cadrul aceleiași structuri medicale a spitalului sau la același angajat al spitalului, sesizările vor fi analizate în Consiliul etic în vederea emiterii unei hotărâri de etică sau a unui aviz de etică.

7. Analiza sesizărilor:

a) Analiza sesizărilor și emiterea unei hotărâri sau a unui aviz etic, după caz, se fac în cadrul ședinței Consiliului etic, urmând următoarele etape:

- i. Managerul înaintează președintelui toate sesizările adresate sau care revin în atribuțiile Consiliului etic și orice alte documente în legătură cu acestea;
- ii. Secretarul Consiliului etic pregătește documentația și asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal pentru protejarea părților implicate;
- iii. Secretarul asigură convocarea membrilor Consiliului etic;
- iv. Președintele prezintă membrilor Consiliului etic conținutul sesizărilor primite;
- v. Membrii Consiliului etic analizează conținutul sesizărilor primite și propun soluții de rezolvare a sesizărilor folosind informații de natură legislativă, morală sau deontologică;
- vi. În urma analizei, Consiliul etic, prin vot secret, adoptă hotărâri sau avize de etică, după caz;
- vii. Secretarul Consiliului etic redactează procesul-verbal al ședinței, care este semnat de către toți membrii prezenți;
- viii. Secretarul asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către managerul spitalului, sub semnatura președintelui Consiliului etic, imediat după adoptare;
- ix. Managerul spitalului dispune măsuri, în conformitate cu atribuțiile ce îi revin;
- x. Managerul spitalului asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către petent;
- xi. Managerul spitalului asigură comunicarea acțiunilor luate ca urmare a hotărârii sau avizului etic, către Consiliul etic și petent, în termen de maximum 14 zile de la primirea comunicării.

b) Avizele de etică și hotărârile Consiliului etic vor fi incluse în Anuarul etic ca un model de soluționare a unei spețe, urmând să fie utilizate la analize ulterioare și comunicate spitalului în vederea prevenirii apariției unor situații similare.

8. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a activităților desfășurate de către Consiliu etic sunt următorii:

- a) Gradul de îndeplinire în termenele legale al activităților necesar a fi desfășurate de către Consiliu etic pe parcursul unui an calendaristic;
- b) Gradul de îndeplinire în termenele legale al atribuțiilor necesar a fi executate de către Consiliul etic pe parcursul unui an calendaristic;
- c) Activitățile desfășurate de către Consiliu etic sunt bazate permanent pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor militare, ordinelor și dispozițiilor în vigoare;
- d) Număr de avize/decizii formulate în raport cu numărul de sesizări analizate pe parcursul unui an calendaristic;
- e) Număr de reclamații întocmite de către personalul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați prin care sesizează neîndeplinirea unor activități de către Consiliul etic sau neexecutarea unor atribuții funcționale de către membrii acestora.

Anexa nr.7

(Art. 62 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei medicamentului

În baza deciziei managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați înscrisă anual, la nivelul spitalului se înființează și funcționează Comisia medicamentului, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

Președinte comisie: șef farmacie;

Membri comisie:

- Director medical și coordonator Camera Garda
- Medic Șef Secția Clinica boli infecțioase I;
- Medic Șef Secția Clinica boli infecțioase II;
- Medic Șef Secția Clinica Dermatologie;
- Secretar comisie, asistent medical farmacie

1. Comisia medicamentului își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:

i) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.

j) Comisia se întâlnește de regulă ori de câte ori se întocmește un contract subsecvent, în principiu la 3 luni de zile. Comisia se poate întruni în ședințe extraordinare ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui comisiei.

k) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.

l) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora. Prezența la ședință a membrilor comisiei este obligatorie. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comisiei nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal

m) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

n) În situația în care șeful Secției farmacie se află în imposibilitatea de a convoca – conduce Comisia medicamentului (concediu de odihnă, concediu medical etc.), convocarea și conducerea ședinței se va realiza de către directorul medical;

o) Dezbaterile Comisiei medicamentului se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință;

p) În cazul în care în urma votului membrilor Comisiei medicamentului se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

2. Comisia medicamentului are, în principal, următoarele atribuții:

h) Verificarea și avizarea prescrierii medicamentelor;

i) Detectarea precoce a reacțiilor adverse și a interacțiunii produselor medicamentoase;

j) Monitorizarea frecvenței reacțiilor adverse cunoscute;

k) Identificarea factorilor de risc și a mecanismelor fundamentale ale reacțiilor adverse;

l) În urma analizei referatelor de necesitate ale secțiilor, stabilește anual și ori de câte ori este nevoie, necesitatea achiziționării de medicamente și material sanitar. În cadrul acestei analize, vor fi luate în considerare cel puțin următoarele date și informații:

- o categoriile/clasele și cantitățile de medicamente și materiale sanitare înscrise în referatele de necesitate ale șefilor structurilor medicale (acestea vor cuprinde inclusiv specificațiile care se vor înscrie în caietele de sarcini);
- o categoriile/clasele și cantitățile de medicamente și materiale sanitare existente în cadrul farmaciei spitalului, inclusiv cele avute în vedere că vor fi achiziționate, în baza unor contracte de achiziții aflate în derulare, puse la dispoziție de către șeful Secției farmacie;
- o istoricul consumului pe anul precedent, pe categorii/clase și cantități de medicamente și materiale sanitare în cadrul secțiilor spitalului, pus la dispoziție de către șeful Secției farmacie;
- o propriile criterii de prioritizare în achiziția medicamentelor și a materialelor sanitare;
- o prețurile estimative ale medicamentelor (conform CaNaMed) și ale materialelor sanitare puse la dispoziție de către șeful Secției farmacie;
- o suma estimativă/existentă (defalcăt) în bugetul de venituri și cheltuieli a spitalului, pentru achiziționarea de medicamente și materiale sanitare, pusă la dispoziție de către directorul financiar contabil.

m) Analiza justificării tratamentului din FOCG și difuzarea informațiilor necesare prescrierii corecte, evitării polipragmaziei și reglementării circulației produselor farmaceutice;

n) În situația în care se constată un consum abuziv de medicamente, solicit medicului curant justificarea acestuia și analizează aceste justificări;

o) Evaluarea și comunicarea raportului risc/beneficiu pentru produsele medicamentoase;

p) Estimarea P.A.A.P.-ului necesar desfășurării activității din spital;

q) Participarea în cadrul comisiilor de evaluare tehnică la procedurile de licitații pentru medicamente/materialele sanitare;

r) Verificarea continuă a stocului de medicamente de bază, pentru a preveni disfuncțiile în asistența medicală;

s) Analiza utilizării raționale a medicamentelor/materialelor sanitare;

t) Verificarea ritmică a cheltuielilor pentru medicamente și materiale sanitare și analiza lor;

u) Pentru medicamentele și materialele sanitare nou apărute pe piață procedează la implementarea acestora în terapie în măsura în care acest lucru se consider a fi oportun.

2.1. La solicitarea conducerii spitalului, Comisia medicamentului poate fi consultată în următoarele domenii:

a) Elaborarea unei strategii de reducere a consumului de medicamente și materiale sanitare;

b) Analizarea consumului de medicamente și materiale sanitare pe fiecare secție, trimestrial și în dinamică, cu prezentarea rezultatului în ședințe organizate cu medicii din spital;

c) Analizarea justificării consumului de medicamente de către secțiile în care

s-au constatat creșteri substanțiale.

Stabilirea unei liste de medicamente și material sanitare de bază (critice), obligatorii și a stocului minim acceptat pentru acestea, care să fie în permanență accesibilă în farmacia spitalului.

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de disciplină

1. Procedura disciplinară este stabilită în mod punctual, atât privind actele procedurale cât și dispozițiile care se emit în funcție de competența atribuită, prin reglementările normative în domeniu –menționate în acte normative incidente în vigoare, iar respectarea întocmai a acestora este obligatorie.

2. Pentru efectuarea cercetării disciplinare, angajatorul va desemna o persoană sau va stabili o comisie ori va apela la serviciile unui consultant extern specializat în legislația muncii, pe care o/îl va împuternici în acest sens (Abilitat ca expert în legislația muncii)

Pentru analiza cazurilor de abateri complexe, în baza unei decizii scrise a managerului, la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase “Sf. Cuv. Parascheva” Galați.

3. Se înființează și funcționează Comisia de disciplină din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal:

Președintele și membrii comisiei: vor fi numiți prin Decizie a managerului;
Secretariatul comisiei va fi asigurat de – avocatul spitalului

4. Comisia de disciplină își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor **reguli**:

a) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea activităților desfășurate.

b) Comisia se întâlnește de regulă ori de câte ori se ivește o situație disciplinară complexă necesar a fi analizată la solicitarea expres formulată în scris (în rezoluție) a managerului spitalului.

c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.

d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora, în mod obligatoriu fiind necesară prezența consilierului juridic. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comisiei nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal.

e) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

f) Dezbaterile Comisiei de disciplină se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință;

g) În cazul în care în urma votului membrilor Comisiei de disciplină se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

5. Comisia de disciplină are, în principal, următoarele atribuții:

a) analiza abaterilor grave de la normele legale în vigoare, prevederile Codului muncii, a Regulamentului intern, a contractului individual de muncă, a ordinelor și dispozițiilor legale ale conducătorilor ierarhici;

b) stabilirea împrejurărilor în care a fost săvârșită abaterea gravă;

c) analiza gradului de vinovăție a salariatului, precum și consecințele abaterii disciplinare săvârșite de către acesta;

d) verificarea eventualelor sancțiuni disciplinare suferite anterior de salariat;

e) efectuarea cercetării disciplinare prealabile;

f) confirmă/infirmă existența abaterii, propune dacă este cazul categoria de sancțiune ce urmează a fi aprobată de către managerul spitalului la propunerea conducătorului locului de muncă ce subordonează persoana care urmează a fi sancționată, asigurând conducerea spitalului de respectarea legislației în vigoare;

g) soluționează cazurile de nerespectare a obligațiilor de serviciu, a normelor de comportare și a regulilor de disciplină la solicitarea conducerii spitalului.

6. Comisia de disciplină are în permanență în vedere că, abaterea disciplinară săvârșită de personalul Spitalului ori detașat în Spital, este fapta în legătură cu munca și care constă într-o acțiune sau în acțiune săvârșită cu vinovăție de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil, dispozițiile legale ale conducătorilor ierarhici.

7. Sancțiunile disciplinare pe care le poate propune spre aplicare Comisia de disciplină angajatorului, în cazul în care salariatul săvârșeste o abatere disciplinară, sunt:

a) avertismentul scris;

b) retrogradarea din funcție, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile;

c) reducerea salariului de bază pe o durată de 1-3 luni cu 5-10%;

d) reducerea salariului de bază și/sau, după caz, și a indemnizației de conducere pe o perioadă de 1-3 luni cu 5-10%;

e) desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă.

Cercetarea disciplinară pe care o realizează Comisia de disciplină respectă întocmai prevederile cap. II – "Răspunderea disciplinară" din titlul XI

"Răspunderea juridică" al Legii 53/2003 – Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare.

Anexa nr.9

(Art. 64 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comitetului de sănătate și securitate în muncă

În aplicarea prevederilor art. 58 și art. 60 din H.G. 1425/2006 pentru aprobarea "Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006", cu modificările și completările ulterioare precum și pentru conformarea la indicatorul "01.02.03.01.01 - Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)" aferent „L.V. 15 - Managementul resurselor umane” anexă la Ordinul președintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați este organizat și funcționează **Comitetul de sănătate și securitate în muncă**.

1. Conform prevederilor art. 58 din *Normele metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1425/2006* din compunerea Comitetului de sănătate și securitate în muncă face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

Presedinte- Manager

Reprezentanții angajatorului cu atribuții de securitate și sănătate în muncă:

1. Evaluator risc SSM -membru
2. Director medical - membru
3. Șef birou administrativ – membru

- Reprezentanți ai lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securității și sănătății lucrătorilor, desemnați prin alegeri odată la 2 ani:

1. asistent med.șef secția clinică I - membru
2. asistent șef secția DV - membru
3. medic specialist medicina muncii - membru

2. În cazul în care unul sau mai multi reprezentanți ai lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securității și sănătății lucrătorilor se retrag din Comitetul de securitate și sănătate în muncă, aceștia vor fi înlocuiți imediat prin alți reprezentanți aleși.

3. Comitetul de sănătate și securitate în muncă își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:

a) Managerul spitalului are obligația să asigure întrunirea Comitetului de securitate și sănătate în muncă cel puțin o dată pe trimestru și ori de câte ori este necesar.

b) Ordinea de zi a fiecărei întruniri este stabilită de către președinte și secretar, cu consultarea reprezentanților personalului, și este transmisă membrilor Comitetului de securitate și sănătate în muncă și eșalonului superior cu cel puțin 5 zile înaintea datei stabilite pentru întrunirea Comitetului.

c) Lucrările Comitetului sunt conduse de președintele acestuia.

d) Comitetul este legal întrunit dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii Comitetului sau înlocuitorii legali ai acestora. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comitetului nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal, nominalizat prin decizie managerială.

e) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui Comitetului, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

f) Comitetul de securitate și sănătate în muncă convine cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

g) La fiecare întrunire secretarul Comitetului de securitate și sănătate în muncă încheie un proces-verbal care va fi semnat de către toți membrii Comitetului / înlocuitorii legali prezenți la ședință;

h) Secretarul Comitetului de securitate și sănătate în muncă transmite eșalonului superior, în termen de 10 zile de la data întrunirii, o copie a procesului-verbal încheiat.

4. Pentru realizarea informării, consultării și participării lucrătorilor, în conformitate cu cerințele legale, Comitetul de securitate și sănătate în muncă are cel puțin următoarele atribuții:

a) analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în muncă și planul de prevenire și protecție;

b) urmărește realizarea planului de prevenire și protecție, inclusiv alocarea mijloacelor necesare realizării prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de muncă;

c) analizează introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentelor, luând în considerare consecințele asupra securității și sănătății, lucrătorilor, și face propuneri în situația constatării anumitor deficiențe;

d) analizează alegerea, cumpărarea, întreținerea și utilizarea echipamentelor de muncă, a echipamentelor de protecție colectivă și individuală;

e) propune măsuri de amenajare a locurilor de muncă, ținând seama de prezența grupurilor sensibile la riscuri specifice;

f) analizează cererile formulate de lucrători privind condițiile de muncă și modul în care își îndeplinesc atribuțiile persoanele desemnate;

g) urmărește modul în care se aplică și se respectă reglementările legale privind securitatea și sănătatea în muncă, măsurile dispuse de inspectorul de muncă, inspectorii sanitari și eșalonul superior;

h) analizează propunerile lucrătorilor privind prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale, precum și pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și propune introducerea acestora în planul de prevenire și protecție;

i) analizează cauzele producerii accidentelor de muncă, îmbolnăvirilor profesionale și evenimentelor produse și poate propune măsuri tehnice în completarea măsurilor dispuse în urma cercetării;

j) efectuează verificări proprii privind aplicarea instrucțiunilor proprii și a celor de lucru și face un raport scris privind constatările făcute;

k) dezbate raportul scris, prezentat Comitetului de securitate și sănătate în muncă de către managerul spitalului cel puțin o dată pe an, cu privire la situația securității și sănătății în muncă, la acțiunile care au fost întreprinse și la eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce se va realiza în anul următor.

5. Managerul spitalului are obligația de a furniza Comitetului de securitate și sănătate în muncă toate informațiile necesare privitoare la securitatea și sănătatea în muncă.

6. Managerul spitalului prezintă, cel puțin o dată pe an, Comitetului de securitate și sănătate în muncă un raport scris care cuprinde situația securității și sănătății în muncă, acțiunile care au fost întreprinse și eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce urmează să se realizeze în anul următor.

Managerul spitalului transmite raportul prevăzut la pct. 7, avizat de membrii Comitetului de securitate și sănătate în muncă, în termen de 10 zile, autorității tutelare/I.T.M., după caz.

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de analiză a decesului

În baza deciziei managerului spitalului înscrisă anual, la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați se înființează și funcționează Comisia de analiză a decesului, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

a. Președinte comisie: Director Medical

b. Membri comisie:

- șef secție clinică boli infecțioase I
- șef secție clinică boli infecțioase II
- șef secție clinică DV;
- coordonator Camera de Garda,;

- Secretar comisie - asistent medical

2. Comisia de analiză a decesului își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor **reguli**:

a) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui acesteia și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea activităților desfășurate.

b) Comisia de analiză a decesului se întrunește în ședințe ordinare lunare (daca s-au înregistrat decese) și în ședințe extraordinare, de câte ori este nevoie.

c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele acesteia.

d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora.

e) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

f) Dezbaterile Comisia de analiză a decesului se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință;

g) În cazul în care în urma votului membrilor Comisia de analiză a decesului se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

3. **Comisia de analiză a decesului are, în principal, următoarele atribuții:**

a) Analizează periodic, o dată pe lună sau de câte ori este nevoie, numărul deceselor înregistrate în activitatea spitalului, astfel:

- Numărul deceselor în totalitate
- Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului

- Numărul deceselor intraoperatorii
- Numărul deceselor la 48 de ore de la intervenția operatorie

b) Analizează datele medicale medicale obținute din FOCG, investigațiile paraclinice, diagnosticul anatomo-patologic necroptic și, în deosebi, motivele medicale care au dus la decesul pacienților cuprinse în FOCG și Certificatul de deces;

c) În situația în care se constată un deces survenit ca urmare a acțiunii/inacțiunii personalului medical (malpraxis) prezintă cazul conducerii spitalului în vederea luării de măsuri necesare;

d) Redactează un proces verbal de sedință în care consemnează rezultatele activității.

e) Poate solicita medicului curant justificarea acțiunilor/inacțiunilor de natură medicală în cazul pacientului decedat;

4. La solicitarea conducerii spitalului, Comisia de analiză a decesului poate fi consultată în următoarele domenii:

- a) elaborarea unei strategii de reducere a numărului de decese;
- b) analiza activității din cadrul prosecturii;
- c) planificarea de acțiuni în vederea creșterii calității actului medical.

**Regulament de organizare și funcționare al
Comisiei de transfuzii și hemovigilență**

1. Pentru conformarea la:

- a. prevederile art. 6 alin. (1) din Anexa 1 din O.M.S. 1228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colecta și administrarea de sânge și de componente sanguine umane, cu modificările și completările ulterioare,
- b. prevederile art. 2 din Anexa la O.M.S. 1224/2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale,
- c. Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare, care prevede:
 - i. indicatorul "01.02.03.01.01 – Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)" aferent „L.V. 15 – Managementul resurselor umane”
 - ii. indicatorul „02.13.01.03.01- La nivelul spitalului este constituită Comisia de transfuzie și hemovigilență” aferent L.V. 39 – Managementul sângelui și al produselor sanguine

în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați se constituie și funcționează **Comisia de transfuzii și hemovigilență**.

2. Din Comisia de transfuzii și hemovigilență face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- director medical;
- delegat al Centrului de Transfuzie Sanguină Galați;
- coordonatorul Unității de transfuzie sanguină din spital;
- șef secția clinică boli infecțioase I ;
- șef secție clinică boli infecțioase II;
- șef secție clinică dermatologie
- șef laborator analize medicale;
- șef farmacie;
- reprezentant al personalului administrativ;
- As.med. UTS – secretar.

3. Comisia de transfuzii și hemovigilență se întrunește de două ori pe an pentru evaluarea sistemului de hemovigilență sau ori de câte ori este necesar.

4. Prin coroborarea prevederilor O.M.S. 1224/2006, a O.M.S. 1228/2006 și Ordinului președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018, Comisia de transfuzii și hemovigilență implementează regulile și procedurile de hemovigilență și urmărește respectarea lor, având următoarele **responsabilități**:

- a) Monitorizarea nivelului de asigurare a securității transfuzionale la nivelul spitalului;
- b) Elaborarea și implementarea documentației necesare aplicării în practica din spital a ghidurilor de utilizare clinică a sângelui total și a componentelor sanguine;
- c) Evaluarea nivelului de pregătire profesională în domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate în activitatea de transfuzie sanguină din spital;
- d) Monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale în secțiile spitalului;
- e) Organizarea și monitorizarea funcționării sistemului de hemovigilență la nivelul spitalului și colaborarea cu centrul de transfuzie teritorial în analiza reacțiilor și incidentelor adverse severe;
- f) Elaborarea și implementarea, în colaborare cu responsabilul cu asigurarea calitatii din spital, a sistemului de calitate în unitatea de transfuzie sanguină din spital și la nivelul secțiilor, privind activitatea de transfuzie sanguină.
- g) Asigură hemovigilența astfel:
 - i. Verifică dacă dosarul medical/foaia de observație al/a bolnavului cuprinde documentele menționate în anexa la OMS 1228/2006;
 - ii. Este sesizată în legătură cu orice problemă privitoare la circuitul de transmitere a informațiilor pentru ameliorarea eficacității hemovigilenței;
 - iii. Verifică condițiile de preluare, de stocare și distribuție a depozitelor de sânge din unitatea de transfuzie sanguină a spitalului;
 - iv. Întocmește rapoarte bianuale de evaluare a hemovigilenței, pe care le transmite coordonatorului județean de hemovigilență;
 - v. Transmite coordonatorului județean de hemovigilență, autorităților de sănătate publică și inspecțiilor sanitare de stat județene rapoarte conform prevederilor anexelor nr. 3 și 4 la O.M.S. 1228/2006;
 - vi. Participă la efectuarea anchetelor epidemiologice și a studiilor privind factorii implicați în producerea reacțiilor sau incidentelor adverse severe (donator, unitate de sânge sau produs sanguin primitor).

Stabilește documentele aferente activității de transfuzie sanguină în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat, după caz²⁷.

²⁷Bază: indicatorul „02.13.02.02.01- Comisia de transfuzie și hemovigilență a stabilit documentele în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat, după caz” aferent L.V. 39 – Managementul sângelui și al produselor sanguine anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018;

Regulament de organizare și funcționare al

Comisiei de analiză a DRG

1. Pentru respectarea prevederilor *Ordinului nr. 1199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v1*, a *Ordinului CNAS nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punct de vedere a datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizat în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punct de vedere a datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea*, precum și a *Ordinului nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați este constituită și funcționează **Comisia de analiză a DRG** din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:*

- a) Președinte: –director medical
- b) Membri:
 - asistent medical Compartiment de evaluare și statistică medicală.
 - medic sef Secție Clinica Boli Inf. I;
 - medic sef Secție Clinica Boli Inf. II;
 - medic sef Secție Clinica DV;

2. Comisia de analiză a DRG își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor **reguli**:

- a) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea activităților desfășurate.
- b) Comisia de analiza DRG și revalidare a cazurilor invalidate se întrunește ori de câte ori este nevoie, în situația în care exista cazuri invalidate de către SNSPMSDS București.
- c) Analizarea fiecărui caz se va consemna într-un proces-verbal care va cuprinde toate aspectele, care au condus la invalidarea cazului și cine se face răspunzător.
- d) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.

e) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comisiei nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal.

f) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

g) Dezbaterile Comisiei de analiză a DRG se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință;

h) În cazul în care în urma votului membrilor Comisiei de analiză a DRG se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

3. Comisia de analiză a DRG are, în principal, următoarele atribuții:

a) analizează și evaluează cazurile invalidate și pentru care se solicită revalidarea, le transmite secției în vederea remedierii deficiențelor și raportării lor pentru revalidare;

b) face propuneri la C.A.S Galati pentru revalidare și prezintă soluții pentru reducerea numărului de cazuri nevalidate;

c) analizează codificarea datelor completate în FOCG și FSZ în vederea îmbunătățirii indicelui de complexitate; informează periodic managerul spitalului privind concluziile analizelor făcute și propuneri de îmbunătățire a activității, în vederea analizei acestora în cadrul Consiliului medical.

Anexa nr.13

(Art. 68 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de angajare/promovare, soluționare a contestațiilor

Pentru conformarea la indicatorul "01.02.03.01.01 - Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)" aferent „L.V. 15 - Managementul resurselor umane” anexă la Ordinul președintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare,

La nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați, se constituie și funcționează **Comisia de angajare/promovare, soluționare a contestațiilor** a caror componentă se va stabili prin decizie internă în mod punctual, de câte ori va fi cazul, cu aplicarea actelor normative în vigoare, cu respectarea:

1. Comisie de concurs și comisie de soluționare a contestațiilor pentru funcția de Manager al spitalului:

- *Ordinul ministrului sănătății nr. 1520/2016 privind aprobarea Regulamentului de organizare și desfășurare a concursului pentru ocuparea funcției de manager persoană fizică din spitalele publice din rețeaua proprie a Ministerului Sănătății;*

2. Comisii de concurs și comisii de soluționare a contestațiilor pentru funcțiile specifice Comitetului director:

- *O.M.S. 284/2007 privind aprobarea Metodologiei-cadru de organizare și desfășurare a concursurilor/examenelor pentru ocuparea funcțiilor specifice comitetului director din spitalele publice;*

3. Comisii de concurs și comisii de soluționare a contestațiilor pentru funcțiile de șefi de secții, laboratoare și servicii medicale:

- *O.M.S. 1406/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea concursului ori examenului pentru ocuparea funcției de șef de secție, șef de laborator sau șef de serviciu din unitățile sanitare publice, cu modificările și completările ulterioare;*

4. Comisii de concurs și comisii de soluționare a contestațiilor pentru funcțiile de medici, medici dentiști, farmaciști, biologi, biochimiciști și chimiști conform O.M.S. nr. 166 din 26 ianuarie 2023 pentru aprobarea metodologiilor privind organizarea și

desfășurarea concursurilor de ocupare a posturilor vacante și temporar vacante de medic, medic stomatolog, farmacist, biolog, biochemist și chimist din unitățile sanitare publice sau din direcțiile de sănătate publică, precum și a funcțiilor de șef de secție, șef de laborator și șef de compartiment din unitățile sanitare fără paturi sau din direcțiile de sănătate publică, respectiv a funcției de farmacist-șef în unitățile sanitare publice cu paturi;

5. Comisii de concurs, comisii de promovare a personalului precum și comisii de soluționare a contestațiilor conform Hotărârea de Guvern nr. HOTĂRÂRE nr. 1.336 din 28 octombrie 2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice cu modificările și completările ulterioare;

Anexa nr.14

(Art. 69 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de farmacovigilență

i. În aplicarea prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare precum și pentru conformarea la indicatorul "01.02.03.01.01 – Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii)" aferent „L.V. 15 – Managementul resurselor umane” anexă la Ordinul președintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Cichu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați va funcționa **Comisia de farmacovigilență**, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

Președinte comisie - director medical;

Membri comisie:

- farmacist șef farmacie cu circuit închis;
- medic șef Secția Clinica Boli inf. I
- medic șef Secția clinică Boli Inf. II ;
- medic șef Secție clinica DV

Secretar comisie

- asistent de farmacie, nominalizat anual prin decizie;

1. Comisia de farmacovigilență își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:

- a) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea activităților desfășurate.
- b) Comisia de farmacovigilență se întrunește de regulă semestrial sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea președintelui acesteia.
- c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.
- d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora. Dacă din motive bine întemeiate un membru al comisiei nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal.
- e) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

f) Dezbaterile Comisiei de farmacovigilență se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință;

g) În cazul în care în urma votului membrilor Comisiei de farmacovigilență se înregistrează o situație de paritate, votul președintelui este decisiv.

2. Comisia de farmacovigilență are, în principal, următoarele atribuții:

a) analizează toate cazurile de reacții adverse și propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;

b) completează fișa pentru raportarea spontană a reacțiilor adverse la medicamente folosite în tratamentul de ultimă instanță și o raportează Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

c) pentru medicamentele nou apărute pe piață procedează la implementarea acestora în terapie;

d) identifică factorii de risc la prescrierea anumitor medicamente;

e) evaluează avantajele administrării unor medicamente pentru pacienții internați;

f) urmărește evitarea întrebuințării eronate și a abuzului de produse medicamentoase, a polipragmaziei;

g) verifică, prin sondaj, modul de stabilire a medicației pentru pacienții internați și evidențierea acesteia;

h) verifică, prin sondaj, investigațiile stabilite la internare din punct de vedere al oportunității;

i) propune elaborarea protocoalelor terapeutice;

j) întocmește rapoarte scrise către Consiliul medical/Comitetul director, după caz, cu privire la activitatea desfășurată și formulează propuneri pentru eficientizare.

Anexa nr.15

(Art. 70 din Regulament)

Regulamentul de organizare și funcționare a Grupului de lucru constituit în vederea aplicării metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție

1. Prezentul regulament stabilește activitățile ce se includ în procesul de identificare, analiză și evaluare a riscurilor de corupție, rolul și responsabilitățile membrilor Grupului de lucru al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați modul de convocare și de luare a deciziilor, precum și termenii de referință privind planificarea, desfășurarea și evaluarea activităților.

2. Grupul de lucru al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați denumit în continuare Grup de lucru, este constituit în scopul îndeplinirii responsabilităților ce revin pentru implementarea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție din *Hotărârea Guvernului nr. 599/2018 pentru aprobarea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu indicatorii de estimare a probabilității de materializare a riscurilor de corupție, cu indicatorii de estimare a impactului în situația materializării riscurilor de corupție și formatul registrului riscurilor de corupție, precum și pentru aprobarea Metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu formatul raportului anual de evaluare a incidentelor de integritate*, denumită în continuare Hotărârea Guvernului nr. 599/2018.

3. Componenta Grupului de lucru se stabilește în conformitate cu prevederile deciziei managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați acesta fiind constituit din personalul care încadrează funcții de conducere/coordonare (sau înlocuitorii legali ai acestora):

3.1. În situația în care persoanele nominalizate să facă parte din Grupul de lucru nu mai pot îndeplini calitatea de membru, secretariatul Grupului de lucru, în termen de 10 zile de la apariția situației care determină imposibilitatea îndeplinirii calității de membru, va înainta propunerea președintelui grupului de lucru privind înlocuirea acestora către comandant pentru a fi nominalizați printr-o nouă decizie managerială.

4. Grupul de lucru îndeplinește atribuțiile specifice managementului riscurilor de corupție în legătură cu procesele și activitățile specifice Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați, precum și cu cele care decurg din calitatea de ordonator terțiar de credite.

5. Atribuțiile Grupului de lucru sunt următoarele:

a) identifică și descrie riscurile de corupție de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

b) evaluează riscurile de corupție identificate și stabilește măsurile de intervenție care se impun;

c) întocmește/actualizează Registrul riscurilor de corupție la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați;

d) întocmește rapoarte privind gestionarea riscurilor de corupție, monitorizează și revizuieste anual situația privind implementarea măsurilor de control a riscurilor de corupție la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați.

6. Secretariatul Grupului de lucru îndeplinește următoarele atribuții:

a) întocmește documentația (ordinea de zi, notificarea de participare etc.) privind convocarea Grupului de lucru, pe care o prezintă pentru aprobare președintelui și o diseminează membrilor;

b) transmite reprezentanților în Grupul de lucru o notificare, cu cel puțin 5 zile înainte desfășurării ședințelor, în scopul asigurării prezenței membrilor;

c) întocmește minuta în urma desfășurării fiecărei ședințe, conform modelului din anexa nr.1 la prezentul regulament;

d) întocmește raportul în urma desfășurării ședințelor, atunci când se produc modificări la registrul riscurilor de corupție, și îl prezintă comandantului, în vederea aprobării;

e) la deschiderea fiecărei ședințe prezintă sarcinile și măsurile stabilite de președinte în ședințele anterioare.

7. Grupul de lucru își desfășoară activitatea în ședințe ordinare semestriale și în ședințe extraordinare, convocate, de regulă, la propunerea președintelui.

7.1. Ședințele extraordinare pot fi convocate și de către unul sau mai mulți membri, în baza unei solicitări scrise, transmise secretariatului Grupului de lucru.

7.2. După primirea unei astfel de solicitări, secretariatul informează președintele, în vederea adoptării deciziei și, după caz, stabilirii detaliilor privind desfășurarea ședinței.

8. Pentru luarea deciziilor în cadrul Grupului de lucru este necesară prezența a minim două-treimi plus unul din totalul membrilor.

8.1. În situația în care nu se întrunește numărul minim de membri descris la alin. 1, președintele Grupului de lucru stabilește o data ulterioară pentru desfășurarea ședinței, care să permită prezența numărului minim de membri agreeat prin prezentul regulament.

8.2. Când, din motive întemeiate, un reprezentant titular nu poate participa la ședințele Grupului de lucru, se va asigura prezența înlocuitorului legal.

9. În urma fiecărei ședințe a Grupului de lucru, secretariatul întocmește minuta ședinței și o prezintă președintelui pentru aprobare. În conținutul acesteia se înscriu toate aspectele privind planificarea, desfășurarea și rezultatele activităților, precum și punctele principale ale ordinii de zi a ședinței următoare, având incluse și propunerile din partea membrilor.

9.1. În vederea includerii propunerilor din partea membrilor Grupului de lucru, secretariatul transmite acestora, în format electronic, minuta întocmită în urma desfășurării ședinței. Membrii pot transmite, în termen de 2 (două) zile lucrătoare de la primirea minutei, eventualele propuneri de modificare/completare a conținutului acesteia. Netransmiterea propunerilor în termenul stabilit se consideră a fi acordul tacit al membrilor cu privire la conținutul minutei.

10. Președintele Grupului de lucru asigură instruirea membrilor Grupului de lucru cu privire la aspectele conceptuale și metodologice specific managementului riscurilor de corupție, în cadrul primei ședințe, precum și asistență și îndrumare, ori de câte ori vor fi solicitări din partea membrilor.

11. Membrii Grupului de lucru identifică activitățile desfășurate în cadrul structurilor proprii care pot conduce la apariția unei fapte de corupție și care pot afecta îndeplinirea obiectivelor ministerului.

11.1. Identificarea și descrierea riscurilor constau în evidențierea amenințărilor și vulnerabilităților potențiale la corupție, în succesiunea de evenimente care ar putea conduce la săvârșirea unei fapte de corupție de către personalul din cadrul spitalului.

11.2. Pentru selectarea amenințărilor ce urmează a fi gestionate în cadrul Grupului de lucru, se vor avea în vedere următoarele:

a) vulnerabilitățile reale (confirmate) legate de specificul activităților, de competența ori responsabilitatea personalului;

b) vulnerabilitățile potențiale, care trebuie conștientizate și monitorizate.

(4) În vederea identificării și evidențierii riscurilor sau vulnerabilităților de corupție, membrii Grupului de lucru utilizează și chestionare, conform modelului din Anexa nr. 1 la dispoziție, aplicate tuturor persoanelor cu funcții de conducere și cel puțin unui procent de 25% din persoanele cu funcții de execuție.

12. Grupul de lucru gestionează riscurile de corupție identificate în cadrul organizației, prin parcurgerea următoarelor etape:

a) estimarea probabilității de materializare a riscurilor de corupție;

b) estimarea impactului;

c) determinarea expunerii la risc;

d) clasificarea și ordonarea riscurilor de corupție;

e) determinarea priorității de intervenție;

f) stabilirea măsurilor de intervenție.

13. Activitatea membrilor Grupului de lucru în cadrul ședințelor ordinare sau extraordinare presupune parcurgerea etapelor de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, precum și stabilirea măsurilor de intervenție, conform celor prevăzute în capitolul III al dispoziției.

14. **Evaluarea riscurilor de corupție** se realizează în scopul fundamentării deciziei referitoare la prioritatea de stabilire a măsurilor de prevenire/control, prin estimarea nivelurilor de probabilitate și impact asupra rezultatelor așteptate și a prestației profesionale a personalului.

14.1. Grupul de lucru evaluează riscurile de corupție identificate, întocmind pentru fiecare dintre acestea un formular de evaluare a riscurilor de corupție, cu structura prevăzută în anexa nr. 2 la prezentul regulament.

15. **Estimarea probabilității de materializare a riscurilor de corupție** se realizează prin aprecierea șanselor de materializare a riscurilor de corupție în cadrul activităților structurilor centrale ale ministerului, utilizând analizele și informațiile colectate în etapa de identificare și descriere a riscurilor.

15.1. În scopul celor prevăzute la alin. (1), membrii Grupului de lucru determină nivelul de probabilitate utilizând o scală de la 1 la 3, acesta fiind înscris, ulterior, de către secretariat, în formularul de evaluare prevăzut în anexa nr. 2 la dispoziție.

15.2. În vederea completării formularului, președintele supune la vot valorile ce urmează a fi înscrise în formular. Se consideră validă valoarea corespunzătoare nivelului

de probabilitate care a fost votată identic de către majoritatea simplă a membrilor prezenți.

15.3. Membrii Grupului de lucru care au propus valori diferite față de majoritate își pot argumenta în scris opțiunile, prin descrierea cauzelor sau vulnerabilităților care determină sau ar putea determina respectivul risc.

16. Estimarea impactului în situația materializării riscurilor de corupție de către membrii Grupului de lucru se realizează conform prevederilor art. 19 și 20 din dispoziție.

16.1. În situația în care membrii Grupului de lucru evaluează diferit în formulare indicele corespunzător impactului în situația materializării riscurilor, se vor parcurge pașii, similar etapei de estimare a probabilității de materializare a riscurilor de corupție, descriși la pct. 15.

17. Determinarea nivelului expunerii la riscuri se realizează în conformitate cu prevederile dispoziției.

17.1. Utilizând scala de evaluare a expunerii la riscurile de corupție, conform anexei nr. 3, membrii Grupului de lucru stabilesc, iar secretariatul consemnează în formularul de evaluare a riscurilor de corupție, prioritatea de intervenție.

18. Clasificarea și ordonarea riscurilor de corupție precum și **stabilirea măsurilor de intervenție** se realizează conform prevederilor din dispoziție.

19. Pe baza activităților reglementate în prezentul capitol al regulamentului, Grupul de lucru întocmește Registrul riscurilor de corupție, având formatul prevăzut în anexa nr. 6. la dispoziție.

19.1. în rețelele informatice interne ale Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați, constituind sinteza informațiilor și deciziilor pentru diminuarea ori controlul riscurilor de corupție ce pot afecta realizarea obiectivelor stabilite pentru instituție, reflectând circumstanțele concrete și, în același timp, atitudinea conducerii față de riscuri.

19.2. Actualizarea registrului riscurilor de corupție se va face ori de câte ori este nevoie, la inițiativa/propunerea Grupului de lucru.

20. Grupul de lucru reevaluează anual riscurile de corupție identificate, inclusiv în ceea ce privește estimarea probabilității și a impactului, precum și a măsurilor de intervenție adoptate și, după caz, necesitatea unor măsuri suplimentare.

21. Componenta Grupului de lucru se înscrie în decizie a managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

22. Documentele elaborate de Grupul de lucru vor fi înregistrate la registratura Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați prin grija secretariatului și vor fi constituite în unități arhivistice anual, conform dispozițiilor legale în vigoare.

23. Prezentul regulament se aprobă, prin votul membrilor Grupului de lucru cu respectarea prevederilor pct. 8.

23.1. Orice eventuale propuneri de modificare și completare ulterioară a regulamentului se analizează în cadrul ședințelor și se introduc, după aprobare, în conținutul acestuia, prin grija secretariatului.

24. Anexele 1-4 fac parte integrantă din prezentul regulament.

Anexa nr. 1 la Regulament Grup lucru

-Model de minută în urma ședințelor Grupului de lucru-

ANTET SPITAL

A P R O B

PREȘEDINTELE GRUPULUI DE LUCRU AL S. _____

MINUTA ȘEDINȚEI

Grupului de lucru constituit în vederea aplicării Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție, din data _____

1. **Activitatea:** instructajul membrilor Grupului de lucru, aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Grupului de lucru, analiza, evaluarea, constituirea Registrului riscurilor de corupție;

2. **Scop:** identificarea, evaluarea, întocmirea și actualizarea Registrului riscurilor de corupție al S. _____.

3. **Data:** _____, orele _____.

4. **Participanți:**

5. Subiecte abordate:

- a. termenii de referință ai grupului de lucru;
- b. actele normative care constituie baza legală a desfășurării ședinței Grupului de lucru;
- c. scopul și obiectivele grupului de lucru;
- algoritmul de evaluare a riscurilor de corupție al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați;
- d. responsabilitățile membrilor grupului de lucru;
- e. puncte de vedere formulate de participanți;
- f. calendarul activităților desfășurate în cadrul grupului de lucru;
- g. discuții diverse.

6. Prezentarea pe scurt a discuțiilor

Activitatea a fost deschisă de președintele Grupului de lucru:

- scurtă prezentare privind scopul, modul de desfășurare și obiectivele principale ale ședinței;
- programul ședinței;

sublinierea importanței managementului riscurilor de corupție în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

- necesitatea cooperării intrainstituționale în scopul identificării, evaluării, stabilirii măsurilor de intervenție, completării și actualizării Registrului riscurilor de corupție, precum și a monitorizării și revizuirii riscurilor de corupție;

-

La punctul a: ...(descrierea pe scurt a termenilor de referință);

La punctul b: ...(enumerarea actelor normative care reglementează activitatea Grupului de lucru.

La punctul c: ...(enumerarea scopului și a obiectivelor ședinței Grupului de lucru);

La punctul d: ...(descrierea metodologiei de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul S. _____);

La punctul e: ...(enumerarea responsabilităților membrilor Grupului de lucru);

La punctul f: ...(descrierea pe scurt a observațiilor formulate de participanți);

La punctul g: ... (secretariatul a prezentat propunerea președintelui Grupului de lucru privind calendarul activităților desfășurate în cadrul ședinței, cu accent pe:

-
-
-

7. Sarcini rezultate

- transmiterea membrilor grupului de lucru a următoarelor documente:
 - minuta ședinței în format electronic către toți membrii
 -

Răspunde: secretariatul Grupului de lucru;

Termen:

- Întocmirea raportului adresat comandantului, în vederea aprobării Registrului riscurilor de corupție:

Răspunde:

Termen: secretariatul Grupului de lucru..

Următoarea ședință se va desfășura în data de _____, sala _____, ora _____ sau în baza transmiterii din partea secretariatului Grupului de lucru, a unei notificări de participare, tuturor membrilor.

SECRETARUL GRUPULUI DE LUCRU

- Model Formular de evaluare a riscurilor de corupție -

Denumirea Spitalului: Spitalul Clinic de Boli Infectioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galati				
Denumirea microstructurii:				
Activitatea vulnerabilă:				
Data elaborării: _____ _____	Secretariatul Grupului de lucru _____ _____	Data revizuirii: _____ _____		
Descrierea riscului (amenințarea):				
Categorii de personal expuse riscului:				
Cauze/Vulnerabilități ce determină riscul: - cauze din domeniul reglementărilor: - slăbiciuni la nivelul capacității de prevenire/control al riscului: - surse de amenințare: - particularități privind cultura organizațională și caracteristici privind resursele umane:				
Efectele/Consecințele probabile la nivelul obiectivelor/activităților structurii:				
Riscul/amenințarea identificată	Probabilitate de materializare (P) ²⁸	Impactul în situația materializării riscului ²⁹ (I)	Nivel de expunere la risc (P x I)	Prioritatea de intervenție (1, 2 sau 3) ³⁰

²⁸Se acordă o valoare de la 1 la 3 conform Anexei nr. 3 la dispoziție.

²⁹Se acordă o valoare de la 1 la 3 conform Anexei nr. 4 la dispoziție.

³⁰Prioritatea de intervenție pentru prevenirea și controlul riscului se stabilește prin raportare la nivelul de expunere, astfel: prioritatea 1 corespunzătoare nivelului de expunere cu valoarea 9 = riscuri înalte, prioritatea 2 corespunzătoare nivelului de expunere cu valori cuprinse în intervalul 4 - 6 = riscuri moderate, prioritatea 3 corespunzătoare nivelului de expunere cu valori cuprinse în intervalul 1 - 3 = riscuri minore.

Măsuri de prevenire/control existente, aplicate în prezent	Eficiența măsurilor
1.	
2.	
n.	

Măsuri suplimentare propuse pentru prevenirea/controlul riscului	Responsabil de risc
1.	
2.	
n.	

VĂZUT

PREȘEDINTELE GRUPULUI DE LUCRU

Scala evaluării expunerii la riscurile de corupție

Scala evaluării expunerii la risc are 6 valori (1, 2, 3, 4, 6, 9), rezultate din înmulțirea valorii impactului (I) cu valoarea probabilității (P) și se reprezintă grafic astfel:

IMPACT (I)	RIDICAT3	3 VERDE	6 GALBEN	9 ROȘU
	MEDIU2	2 VERDE	4 GALBEN	6 GALBEN
	SCĂZUT1	1 VERDE	2 VERDE	3 VERDE
		SCĂZUTĂ 1	MEDIE 2	RIDICATĂ 3

Anexa nr.16

(Art.71 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Compartimentului managementului calității și serviciilor de sanatate

Reglementarea activității C.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați are ca principale scopuri:

- a) Adecvarea activităților desfășurate de către personalul C.M.C.S.S. așa cum sunt acestea prevăzute în normele legale care reglementează organizarea activității structurilor de management al calității și siguranței pacienților la nivelul unităților sanitare publice, la specificul proceselor și activităților subsecvente acestora care se desfășoară la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați
- b) Se asigură posibilitatea tuturor angajaților spitalului de a lua act de locul, rolul, importanța și activitățile desfășurate de către personalul C.M.C.S.S. în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați precum și de decizia declarată public de către managerul spitalului în a susține activitatea acestora.
- c) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

i. Apariția unor disfuncționalități în ceea ce privește exercitarea atribuțiilor desfășurate de către personalul C.M.C.S.S. în contextul în care angajații Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați nu au cunoștință de activitățile pe care le desfășoară C.M.C.S.S.;

ii. Incertitudinea în ceea ce privește delimitarea clară a activităților desfășurate de către C.M.C.S.S. și a atribuțiilor exercitate de către personalul care încadrează respectiva structură;

iii. Neconformarea la indicatorul "01.07.01.02.02 – Activitatea S.M.C. este reglementată" aferent L.V. 06 – Managementul calității (atribuțiile SMC), anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare .

Compartimentul managementul calității serviciilor de sanatate se regaseste în cadrul Serviciului managementul calității serviciilor de sanatate, avand atributii conform OMS/ANMCS nr. 1.312/250/2020 privind organizarea și funcționarea structurii de management al calității serviciilor de sănătate în cadrul unităților sanitare cu paturi și serviciilor de ambulanță, în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

(2) Regulamentul de organizare și funcționare al C.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galați³¹ este prevăzut în Anexa nr.16 la prezentul Regulament.

³¹Bază: Indicatorul "01.07.01.02.02 – Activitatea S.M.C. este reglementată" aferent L.V. 06 – Managementul calității (atribuțiile SMC), anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;

2. C.M.C.S.M. se normează prin Ordin MS nr. 1312/2020 se organizează potrivit prevederilor acestuia la nivel de birou, având în structură posturi cu studii superioare

3. C.M.C.S.S. are ca principal obiect de activitate implementarea la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

3.1. Rolul C.M.C.S.S. în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați constă în organizarea, planificarea, coordonarea și monitorizarea activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

3.2. Controlul activităților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului reprezintă responsabilitatea managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați în a cărui subordine directă se află personalul C.M.C.S.S.

4. Pentru realizarea obiectului său de activitate, C.M.C.S.M. asigură în principal:

a) Elaborarea împreună cu Consiliul medical, a planului de management al calității serviciilor de sănătate, precum și coordonarea și monitorizarea implementării acestuia. În acest sens, se asigură că recomandările cele mai pertinente de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în acesta, funcție de fondurile financiare la dispoziție;

b) Evaluarea periodică a stadiului de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și a nivelului de conformitate cu standardele adoptate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate ;

c) Informarea periodică a conducerii Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați și a personalului din cadrul acestuia cu privire la nivelul de implementare a planului de management al calității serviciilor de sănătate și, după caz, actualizarea acestuia;

d) Coordonarea și monitorizarea elaborării de către structurile de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați a documentelor calității în vederea implementării și dezvoltării continue la nivelul acestora a conceptului de "Calitate". În accepțiunea prezentului Regulament, prin documentele calității se înțelege totalitatea documentelor și a înregistrărilor pe baza cărora se organizează și funcționează sistemul de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

e) Asigurarea instruirii și informării permanente a personalului din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați cu privire la organizarea și implementarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

f) Coordonarea și evaluarea periodică a procesului de implementare a standardelor adoptate de către A.N.M.C.S., precum și monitorizarea activităților desfășurate în vederea îmbunătățirii nivelului de conformitate cu acestea;

g) Măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de către Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;

h) Coordonarea activității de colectare și de raportare, conform legislației în vigoare, a datelor și documentelor necesare în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

i) Coordonarea activității de analiză, evaluarea și raportarea indicatorilor de monitorizare a conformității la cerințele standardelor adoptate de către A.N.M.C.S.;

j) Monitorizarea, centralizarea, analiza și raportarea către A.N.M.C.S. a situațiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele adoptate de către A.N.M.C.S.;

k) Coordonarea și participarea, alături de alte structuri din Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați la organizarea și desfășurarea activității de audit clinic;

l) Coordonarea și participarea, alături de alte structuri din Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați la organizarea și desfășurarea procesului de management al riscurilor;

m) Asigurarea consilierii conducerii Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului și participarea la elaborarea și implementarea politicii de calitate a serviciilor de sănătate la nivelul acestuia;

n) Elaborarea și înaintarea către conducerea Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați a rapoartelor periodice conținând propuneri și recomandări ca urmare a activităților desfășurate și a rezultatelor obținute.

o) Asigurarea mecanismelor de relaționare a tuturor structurilor unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității, fiind în acest sens obligat să facă propuneri fundamentate legal;

p) Înaintarea de propuneri fundamentate care susțin implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de managerul spitalului (prin planul strategic și/sau planul de management);

q) Măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de către unitatea sanitară, inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;

r) Analizarea permanentă a neconformităților constatate în derularea proceselor/activităților și înaintarea de propuneri privind luarea de măsuri de îmbunătățire sau corective ce se impun;

s) Monitorizarea, centralizarea, analiza și raportarea către ANMCS a situațiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării unității sanitare sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele ANMCS;

t) Coordonarea elaborării procedurilor și protocoalelor de bune practici clinice și manageriale;

u) Înaintarea de propuneri privind luarea măsurilor necesare în vederea respectării principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate de către spital și luarea măsurilor necesare de implementare, dezvoltare și armonizare a mediului ambiental (cultura organizațională) și culturii calității în Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați;

v) Coordonarea activității de monitorizare a condițiilor de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului, astfel cum sunt acestea menționate în Lista de verificare nr. 01 – Autorizări și certificări ale calității și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical/Comitetul director, după caz;

w) Analizarea conținutului standardelor, criteriilor, cerințelor și indicatorilor prevăzuți de Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 și stabilirea drumului de parcurs pentru a atinge cel mai înalt grad de conformitate cu acestea/aceștia, raportat la resursele aflate la dispoziția spitalului, condițiile concrete și prioritățile de etapă existente, stabilind în acest sens obiectivele, activitățile, resursele și termenele de realizare cu responsabilități de implementare a propunerilor formulate;

x) În situația analizei unor indicatori, îndeosebi a celor comuni mai multor liste de verificare, propune:

i. un mod de acțiune comun pentru toate microstructurile care implementează respectivii indicatori;

ii. modul de monitorizare și evaluare a derulării proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite;

iii. documentația necesară asigurării trasabilității proceselor avute în vedere a fi îmbunătățite, eliminând documentele și înscrisurile redundante și inutile;

iv. activitățile pentru care este necesar să se elaboreze proceduri de sistem sau operaționale, pentru a asigura omogenitatea modului de acțiune;

v. actele medicale pentru care se consideră că este necesară elaborarea de protocoale de diagnostic și tratament;

vi. proceduri de monitorizare a eficacității și eficienței procedurilor și protocoalelor;

vii. echipele care vor elabora aceste documente. Acestea vor fi formate din personalul implicat în aplicarea acestor proceduri/protocoale;

viii. circuitul documentelor, având în vedere siguranța și securitatea informațiilor;

ix. implementarea, conștientizarea și asumarea procedurilor, protocoalelor promovate.

4.1. Pentru îndeplinirea activităților C.M.C.S.S. menționate la alineatul precedent, fiecăruia dintre membrii acestuia i se întocmește o fișă de post în care se detaliază atribuțiile specifice, corelate cu competențele specifice deținute în raport cu domeniul de licență absolvit, care se postează pe serverul spitalului în directorul "Fișe de post/Biroul managementul calitatii serviciilor medicale".

4.2. Personalul încadrat în cadrul C.M.C.S.M. se constituie ca membri ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați, întocmind în acest sens analize anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.

5. În vederea îndeplinirii activităților și Responsabilităților proprii, C.M.C.S.S. va avea în vedere în permanență:

- a) creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
- b) implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;
- c) implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
- d) dezvoltarea continuă a sistemelor de management al calității.

6. C.M.C.S.M. de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați este condusă de către un șef serviciu care are calitatea de responsabil cu managementul calității .

6.1. RMC este responsabil cu managementul calității la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

6.2. RMC are următoarele atribuții principale:

- a) Planifică, organizează, coordonează și monitorizează întreaga activitate privind implementarea sistemului de management al calității și siguranței pacientului la nivelul spitalului;
- b) Coordonează și controlează funcționarea C.M.C.S.S.;
- c) Analizează și avizează procedurile interne ale C.M.C.S.M.;
- d) Elaborează și supune aprobării managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați planul anual de formare și perfecționare profesională a personalului din subordine;
- e) Analizează și avizează documentele calității elaborate la nivelul unității sanitare;
- f) Analizează și avizează împreună cu Consiliul medical planul de management al calității serviciilor de sănătate de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați
- g) Coordonează și monitorizează activitățile legate de asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate desfășurate de către responsabilii desemnați la nivelul fiecăreia dintre structurile Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați

- h) Coordonează și monitorizează activitățile legate de asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate desfășurate de către comisiile, consiliile și comitetele constituite la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați
- i) Elaborează și înaintează spre aprobare managerului Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați rapoarte/informări periodice privind activitatea B.M.C.S.M., pe care le aduce la cunoștința personalului spitalului, prin prezentarea acestora la raportul de gardă și postarea lor pe serverul spitalului, după caz;
- j) Coordonează și monitorizează activitățile privind raportarea și monitorizarea efectelor adverse asociate asistenței medicale, fără caracter acuzator;
- k) Colaborează cu șefii celorlalte structuri din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați în vederea implementării sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;
- l) Asigură comunicarea permanentă cu responsabilul zonal cu monitorizarea, desemnat de către A.N.M.C.S. și cu Oficiul Teritorial al ANMCS;
- m) Planifică, organizează, coordonează și monitorizează întreaga activitate privind implementarea sistemului de management al calității și siguranței pacientului la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galați;
- n) În calitate de coordonator al echipei de audit clinic, desfășoară auditul clinic în baza unei planificări anuale, utilizând în acest sens rezultatele rapoartelor de evaluare periodică a protocoalelor diagnostice și terapeutice puse la dispoziție de către structurile din cadrul spitalului abilitate. La solicitarea managerului spitalului desfășoară misiuni de audit clinic suplimentare, atunci când apar evenimente indesezirabile;
- o) Întocmește analize, informări privind stadiul implementării sistemului de management al calității, în cadrul cărora identifică problemele și propune măsuri de remediere a acestora, urmărind ulterior punerea în practică a propunerilor adoptate;
- p) În vederea conformării la referințele, standardele, criteriile, cerințele și indicatorii utilizați de către A.N.M.C.S. în procesul de evaluare sau/și în procesul de monitorizare, întocmește propuneri scrise privind:
- o elaborarea și revizuirea planului strategic de dezvoltare al spitalului, regulamentului de organizare și funcționare, regulamentului intern, procedurilor operaționale, etc.
 - o modificări ale organigramei spitalului;
 - o modificări ale circuitelor funcționale din cadrul spitalului;
 - o implementarea unor prevederi normative nou apărute, care privesc sau au legătură cu managementul calității serviciilor medicale;
 - o îmbunătățirea oricăruia dintre procesele derulate în cadrul spitalului în contextul în care constată că acestea determină probleme de calitate sau/și siguranță ale părților implicate în acestea;
 - o implementarea de procese/activități noi.

q) Consiliază managerul spitalului privind implementarea și îmbunătățirea permanentă a sistemului de management al calității, întocmind la cererea acestuia puncte de vedere bine documentate - bazate pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor, ordinelor și dispozițiilor în vigoare;

r) În cadrul procesului de monitorizare de către A.N.M.C.S. a spitalului, asigură permanent, cu sprijinul Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților, fluența comunicării inter-instituționale, în scopul urmăririi de către A.N.M.C.S. a conformității spitalului cu cerințele standardelor de acreditare și cu celelalte prevederi legale aplicabile pe toata durata de valabilitate a acreditării, asigurând în acest sens desfășurarea în bune condiții a activităților impuse prin respectiva normă juridică;

6.3. R.M.C. participă ca membru sau are statut de invitat permanent, precum și de secretar, după caz, la următoarele activități/comisii/comitete/consilii:

a) Consiliul de administrație – asigură secretariatul ședințelor;

b) Comitetul director – are statut de invitat permanent și asigură secretariatul ședințelor;

c) Consiliul medical – are statut de invitat permanent și asigură secretariatul ședințelor prin personalul din subordine;

d) Comisia de monitorizare – este membru permanent al acesteia și asigură secretariatul ședințelor prin personalul din subordine;

e) Comisia de coordonare și implementare a managementului calității serviciilor medicale și siguranței pacienților – asigură secretariatul ședințelor;

f) Ședințele managerului – participă la ședințele zilnice ordinare precum și la cele extraordinare când este nominalizat;

g) Rapoartele de gardă zilnice – are statut de invitat permanent;

6.4. Pe parcursul activităților menționate la alineatul precedent R.M.C. are obligația de a consilia conducerea unității în toate problemele care pot avea legătură cu îmbunătățirea proceselor / activităților din cadrul spitalului, oferind în acest sens soluții viabile, în concordanță cu prevederile actelor normative în vigoare incidente

7. Personalul C.M.C.S.M. desfășoară zilnic, în zilele lucrătoare, program de lucru în intervalul orar 07.30 -15.30.

8. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitatea activităților desfășurate de către C.M.C.S.M. sunt următorii:

a) Gradul de îndeplinire în termenele legale al activităților necesar a fi desfășurate de către C.M.C.S.M. pe parcursul unui an calendaristic;

- b) Gradul de îndeplinire în termenele legale al atribuțiilor necesar a fi executate de către personalul C.M.C.S.S. pe parcursul unui an calendaristic;
 - c) Activitățile desfășurate de către C.M.C.S.S. sunt bazate permanent pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, regulamentelor, ordinelor și dispozițiilor în vigoare;
 - d) Număr de propuneri formulate înraport cu numărul de neconformități constatate pe parcursul unui an calendaristic
 - e) Impactul previzionat al implementării propunerilor formulate în raport cu numărul de neconformități constatate pe parcursul unui an calendaristic;
 - f) Număr de reclamații întocmite de către personalul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Cuv. Parascheva" Galați prin care sesizează neîndeplinirea unor activități de către C.M.C.S.M. sau neexecutarea unor atribuții funcționale de către membrii acestora;
- 7.1. Indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului strategic privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților sunt înscrși anual în planul de management al calității serviciilor de sănătate elaborat de către C.M.C.S.S. împreună cu Consiliul medical.