

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



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



SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE
„SF. CUV. PARASCHEVA” GALATI
CONTRACT C.A.S. NR.2. SPITAL
STR. TRAIAN Nr. 393 Tel. 424513
Nr. 8457 / 15.07.2022

AVIZAT,
PRESEDINTELE CONSILIULUI JUDETEAN 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 indepliniredispozitiile prezentului Regulament de Organizare si Functionare.

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

NOTĂ: - Proiectul de “Regulament” a fost analizat și avizat favorabil în ședința Comitetului Director din data de 13.07.2022 (P.V. nr. 8414 din 13.07.2022)

Proiectul de “Regulament” a fost analizat și aprobat favorabil în ședința Consiliului de administrație din data de 14.07.2022 (P.V. nr.8414 din 14.07.2022

REGULAMENT
Regulamentul de organizare si functionare al Spitalului Clinic de Boli Infectioase
„Sfanta Cuvioasa Parascheva” Galati
2022

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 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 dermatologie.

(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 cadrul 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:

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 economia națională – CAEN;

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

CAPITOLUL II

Obiectul de activitate

Art. 2. - In raport cu obiectul sau de activitate, spitalul asigura pentru populatia deservita, in principal, urmatoarele servicii medicale:

1. prevenirea si combaterea bolilor din sfera specialitatii ;
2. primul ajutor medical si asistenta medicala de urgenta, daca starea sanatatii persoanei este critica;
3. efectuarea consultatiilor, investigatiilor, stabilirea diagnosticului, a tratamentelor si a altor ingrijiri medicale tuturor bolnavilor spitalizati;
4. recuperarea medicala a bolnavilor;
5. achizitionarea, gestionarea si distribuirea medicamentelor;
6. achizitionarea, depozitarea, distribuirea si intretinerea instrumentarului si aparaturii medicale, a altor produse tehnico-medice, potrivit normelor in vigoare;
7. controlul si urmarireacalitatii medicamentelor administrate bolnavilor in vederea ridicarii eficientei tratamentelor, evitarea riscului terapeutic si a fenomenelor adverse;
8. desfasurarea unei activitati proprii de cercetare stiintifica, pe baza unui plan aprobat, avand ca scop promovarea starii de sanatate a pacientilor;
9. crearea unor conditii moderne de confort, asigurarea unei alimentatii specifice afectiunilor si servirea mesei in conditii de igiena;
10. educatia sanitara a bolnavilor internati;
11. realizarea conditiilor necesare pentru aplicarea masurilor de securitate si sanatate in munca si paza contra incendiilor, precum si a celor privind protectia civila, corespunzator normelor legale;
12. organizarea si desfasurarea activitatii de arhivare a documentelor primite, generate si detinute de unitate in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
13. asigurarea conditiilor optime de pastrare a fondului de documente, cu respectarea termenelor de pastrare stabilite pentru unitatile sanitare.

Art. 3. - In cadrul spitalului se desfasoara si urmatoarele activitati:

- invatamant postliceal;
- invatamant universitar;
- invatamant postuniversitar;
- cercetare stiintifica medicala.

Art. 4. - Pregătirea cadrelor medicale, rezidentilor, studentilor 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 desfasurarea activitatilor de cercetare stiintifica medicala se propun de catre Academia de Stiinte Medicale si se aproba prin ordin al ministrului sanatatii, cu avizul Ministerului Educatiei Nationale.

Art. 6. - Colaborarea dintre spital si institutiile de invatamant superior medical, respectiv unitatile de invatamant medical, se desfasoara pe baza de contract, incheiat 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 pacientii 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 efectuării 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 in alta unitate sanitara se admit cu aprobarea sefului de sectie/directorului medical/managerului.

(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 dreptul pacienților la respect ca persoane umane , fără nicio discriminare . Niciunui pacient nu i se va refuza dreptul la îngrijiri medicale din cauza neînregistrării nașterii sale în actele de stare civilă.

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 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, precum si din alte surse, conform legii si functioneaza pe principiul autonomiei financiare. 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.

(2) Spitalul Clinic de Boli Infectioase „Sf. Cuv. Parascheva”Galati este finantat si de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sanatatii, sume care pot fi utilizate numai pentru destinatiile pentru care au fost alocate.

(3) De la bugetul de stat se asigura:

- a) implementarea programelor nationale de sanatate publica;
- b) achizitia de echipamente medicale si alte dotari independente de natura cheltuielilor de capital, in conditiile legii;
- c) expertizarea, transformarea si consolidarea constructiilor grav afectate de seisme si de alte cazuri de forta majora;
- e) modernizarea, transformarea si extinderea constructiilor existente, precum si efectuarea de reparatii capitale;
- f) activitati didactice si de cercetare fundamentala.

(4) Spitalul poate realiza venituri proprii suplimentare din:

- a) donatii si sponsorizari;
- b) legate;
- c) asocieri investitionale in domenii medicale ori de cercetare medicala si farmaceutica;
- d) inchirierea unor spatii medicale, echipamente sau aparatura medicala catre alti furnizori de servicii medicale, in conditiile legii;
- e) contracte privind furnizarea de servicii medicale incheiate cu casele de asigurari private sau cu operatori economici;
- f) editarea si difuzarea unor publicatii cu caracter medical;
- g) servicii medicale, hoteliere sau de alta natura, furnizate la cererea unor terti;
- h) 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;
- i) contracte de cercetare;
- j) coplata pentru unele servicii medicale;
- k) alte surse, conform legii.

Art. 14. - Bugetul de venituri si cheltuieli

(1) Organizarea activitatii se face in baza bugetului de venituri si cheltuieli propriu, aprobat de conducerea unitatii cu acordul 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 sefiisectiilor/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 sefiisectiilor 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 prezentarii 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. 1348/2010, acestea 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 infecțiilor asociate asistenței 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.

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) 2 reprezentanti ai Consiliului Judetean Galati
- b) un reprezentant numit de Presedintele Consiliului Judetean Galati;
- c) un reprezentant al Facultatii de medicina;
- d) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din Romania, cu statut de invitat;
- e) un reprezentant al structurii teritoriale a Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania, cu statut de invitat,
- f) 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 sai, 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.

(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 si seful Biroului Managementul Calitatii Serviciilor Medicale – în calitate de Responsabil cu Managementul Calității

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

Atribuțiile 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.

Art. 23. -Directorul financiar - contabil

Atribuțiile 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.

CAPITOLUL V

Structura spitalului

Art. 24. - (1) Structura organizatorica a spitalului, aprobată prin ordin al ministrului sanatații, în condițiile legii, este următoarea:

A, Sector spitalizare

- | | |
|---|-----------|
| - Secția Clinică Boli Infecțioase I | 58 paturi |
| din care : | |
| compartiment HIV/SIDA | 10 paturi |
| - Secția Clinica Boli Infecțioase II | 58 paturi |
| - Secția Clinica Dermatovenerologie | 34 paturi |
| - Sectia Boli infectioase III Externa | 35 paturi |
| (Activitate suspendata) | |
| Total = 185 paturi | |
| - Spitalizare de zi (boli infectioase, HIV SIDA si dermatovenerologie) | 10 paturi |
| - Centru evaluare Covid19 | |
| - Centru de evaluare Covid 19 –spitalizare de zi | 2 paturi |
| - Camera de gardă -internari | |
| -serviciul de internare si externare bolnavi | |
| -activitati de evidenta medicala, programare, informare | |

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

- cabinete de consultații și tratamente boli infectioase
- cabinete de consultații și tratamente dermatovenerice

C. Servicii tehnico- medicale de diagnostic si tratament

1. Sector de investigatiiexplorarifunctionale (comun pentru bolnavi spitalizati si ambulatorii)
Laborator de analize medicale
Laborator radiologie si imagistica medicala
2. Sector terapie (comun pentru bolnavi spitalizati si ambulatorii)
Compartiment de evaluare si consiliere psihologica
Compartiment de asistenta sociala
3. Servicii tehnico-medicale auxiliare
 - Farmacie circuit inchis
 - Serviciu de Sterilizare centrala
 - Compartiment de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistentei medicale
 - 2 spatii frig de depozitare cadavre pentru pacientii Covid 19 si non Covid 19
 - Unitate de transfuzie sanguină
 - Spatii didactice, amfiteatru si Sali de lucrari 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

E. Conducere Medicala si administratie

- Birou tehnic administrativ si relatii publice, birou achizitii, RUNOS, Contabilitate, arhivare, compartiment de evaluare si statistica medicala,compartiment de preluare a informatiilor si documentelor, BMCSS, sala instruirii)

F. Servicii anexe pentru personalul medical

- Vestiar 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
- Stație de oxigen
- Bazin apă potabilă
- Centrală telefonică
- Grupuri electrogene
- Stații tehnice aferente instalațiilor
- Spații de depozitare
- Spații de colectare și predare deșeurilor medicale și asimilabile celor menajere
- Control poartă

I. STRUCTURĂ DE PERSONAL:

- medici
- alte categorii de personal cu studii superioare
- asistente medicale
- registratori medicali și statisticieni
- personal auxiliar (infirmiere, îngrijitoare, spalatoresc, brancardieri, garderobier, ag DDD)
- alte categorii de personal (tehnic-administrativ)

(2) Actuala structură poate suferi modificări ca urmare a aprobării unei noi structuri organizatorice prin ordin al ministrului sănătății, la o dată ulterioară aprobării prezentului regulament de organizare și funcționare.

(3) Secțiile 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 structură servicii și birouri funcționale, astfel:

- Biroul resurse umane, normare, organizare și salarizare (RUNOS),
- Biroul financiar-contabilitate,
- Serviciul administrativ (muncitori, spălătorie, deservire, magazie, bloc alimentară),
- Compartiment pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale,

(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.

A. Secții și compartimente cu paturi

Art. 25. – Secțiile/compartimentele cu paturi au, în principal, următoarele atribuții:

1. examinarea imediată completă, trierea medicală și epidemiologică a bolnavilor pentru internare;

2. asigurarea primului ajutor si acordarea asistentei medicale calificate si specializate, pana cand bolnavul este stabilizat si ajunge in sectie;
3. imbaierea, dezinfectia si deparazitarea bolnavilor;
4. asigurarea transportului bolnavilor in sectie;
5. asigura evidenta zilnica a internarii bolnavilor si comunicarea cu sectiile privind gradul de ocupare a paturilor.

Art. 26. -Sectiile clinice au, in principal, urmatoareleatributii:

1. asigurarea aparatului de urgenta, cu aprobarea conducerii spitalului;
2. imbaierea, dezinfectia si deparazitarea bolnavilor;
3. asigurarea transportului bolnavilor in sectie;
4. evidenta zilnica a internarii bolnavilor si asigurarea comunicarii cu sectiile privind locurile libere;
5. repartizarea bolnavilor in saloane, in conditiileaplicarii masurilor referitoare la prevenirea si combaterea infectiilor asociate asistentei medicale;
6. efectuarea in cel mai scurt timp a examenului clinic si investigatiilor necesare stabilirii diagnosticului;
7. declararea cazurilor de boli contagioase si a bolilor profesionale conform reglementarilor in vigoare;
8. recoltarea de probe biologice pentru efectuarea analizelor;
9. 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;
10. asigurarea ingrijirii medicale necesare pe toata durata internarii;
11. obtinereaconsimtamantului in cunostinta de cauza, in scris, al pacientului privind tratamentul necesar;
12. asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat si administrarea curenta a acestora;
13. asigurarea alimentatiei bolnavilor, in concordanta cu diagnosticul si stadiul evolutiv al bolii;
14. desfasurarea unei activitati care sa asigure bolnavilor internati un regim rational de odihna si servire a mesei, de igiena personala, de primire a vizitelor si pastrarealegaturii acestora cu familia;
15. educatia sanitara a bolnavilor si apartinatorilor.

Art. 27. -Compartiment HIV SIDA

Compartimentul are, in principal, urmatoareleatributii:

1. triajul bolnavilor la prezentarea la spital;
2. primirea, stabilizarea si tratamentul initial al tuturor urgentelor, cu prioritate al urgentelor majore;
3. asigurarea asistentei medicale de urgenta pentru urgente sau tratament medicamentos supravegheat ;
4. investigatii clinice si paraclinice necesare pentru inceperea/continuarea tratamentului;
5. consultul de specialitate cu medicii desemnati din spital;
6. monitorizare, tratament si reevaluare pentru pacientii care necesita internare;
7. tratament, stabilizare si reevaluare pentru pacientii care nu necesita internare;
8. servicii psihosocialede specialitate.

Art. 28. -Camera de garda-internari

(1) Compartimentul Camera de garda internari al spitalului este organizat intr-un spatiu adecvat, special dedicat, cu acces la sectiile clinice si mijloacele de investigatie paraclinice ale spitalului. Programul de activitate este continuu si se desfasoara in sistem de ture si garzi.

(2) Compartimentul are, in principal, urmatoarele atributii:

1. triajul bolnavilor la prezentarea la spital;
2. primirea, stabilizarea si tratamentul initial al eventualelor urgente, cu prioritate al urgentelor majore;
3. asigurarea asistentei medicale sau tratament medicamentos supravegheat ;
4. investigatii clinice si paraclinice necesare stabilirii diagnosticului si inceperii tratamentului initial;
5. consultul de specialitate in echipa cu medicii de garda din spital, pentru stabilirea sectiei in care urmeaza sa se interneze pacientii;
6. monitorizare, tratament si reevaluare pentru pacientii care necesita internare;
7. tratament, stabilizare si reevaluare pentru pacientii care nu necesita internare.

(3) Informatii - Internari

(1) Are, in principal, ca atributii activitatea de informare a tuturor persoanelor care se adreseaza institutiei, personal sau telefonic, si directionarea acestora catre cabinetele de consultatii sau catre sectii, in cazul internarii.

(2) Intocmeste foaia de observatie generala clinica, pentru toate tipurile de internari.

(3) Asigura activitatea de registratura pentru documentele medicale eliberate.

Art. 29. -Spitalizare de ziBoli infectioase HIV-SIDA si Dermatologie

Spitalizarea de zi are, in principal, urmatoarele atributii:

1. asigurarea spitalizarii bolnavilor in functie de gravitatea diagnosticului in sectie si de indicatiile medicilor din sectiile cu paturi;
2. supravegherea evolutiei afectiunilor stabilite;
3. precizarea recomandarilor de urmat la externare, precum si stabilirea controalelor;
4. 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;
5. supravegherea intraterapeutica a pacientilor;
6. supravegherea pacientilor imobilizati;
7. asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat si administrarea curenta a acestora, fiind interzisa pastrarea medicamentelor la patul bolnavului;
8. efectuarea consulturilor interdisciplinare in cazurile simplificate;
9. asigurarea conditiilor necesare recuperarii medicale precoce.
10. urmareste consumul de materiale si il raporteaza in sistemul informatic integrat al spitalului.

Art. 30. -Sterilizare

Sterilizarea are, in principal, urmatoarele atributii:

1. verificarea modului de pregatire si impachetare a materialelor trimise pentru sterilizare si respingerea truselor necorespunzatoare;
2. eliminarea incarcaturii microbiene, incarcaturii organice si a biofilmului de pe dispozitivele medicale;
3. asigurarea sterilizarii propriu-zise si a sistemului de control al procesului;
4. efectuarea procedurilor de control si marcare a produselor finite;

5. sesizarea eventualelor neconformități și luarea imediată a măsurilor necesare;
6. înregistrarea și arhivarea datelor privind procesul de sterilizare;
7. efectuarea sterilizării, respectând normele tehnice de sterilizare și instrucțiunile de sterilizare a fiecărui aparat;
8. banderolarea și etichetarea truselor și pachetelor cu materiale sterilizate;
- 9.ținerea evidenței activității de sterilizare pe aparate;
10. efectuarea testelor de control și ținerea evidenței acestora;
11. asigurarea circuitului de stocare, distribuție, transport la utilizatori;
12. asigurarea circuitelor pentru securitatea personalului, a mediului și integritatea dispozitivelor medicale;
13. supravegherea și corectarea condițiilor de desfășurare a procesului de sterilizare;
14. verificarea calității aerului, apei și a fluidelor utilizate;
15. verificarea stării de igienă a suprafețelor;
16. verificarea modului de funcționare a echipamentelor de sterilizare;
17. verificarea modului de funcționare a echipamentelor de control, măsură și testare, iar în domeniul infecțiilor asociate asistenței medicale are următoarele atribuții:
 - a) verifică modul de pregătire și împachetare a echipamentelor/instrumentarului, altor materiale trimise pentru sterilizare și respinge trusele necorespunzătoare;
 - b) efectuează sterilizarea, respectând normele tehnice de sterilizare și instrucțiunile de sterilizare ale fiecărui aparat;
 - c) anunță imediat personalul tehnic de întreținere și pe directorul medical cu privire la apariția oricărei defecțiuni care survine la aparatele de sterilizare;
 - d) răspunde de igiena încăperilor în care se face sterilizarea și de respectarea circuitelor;
 - e) etichetează corespunzător trusele și pachetele cu materiale sterilizate și ține evidența activităților de sterilizare pe aparate și sarje, conform prevederilor legale în vigoare;
 - f) efectuează teste de control al sterilizării și ține evidența rezultatelor;
 - g) 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;
- 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;

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;

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;

- d) registrul operațiunilor de sterilizare chimică, completat la zi⁵;
- e) evidența testării periodice a puterii de penetrabilitate a aburului prin metoda Bowie-Dick⁶;

(3) 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 sterilizării⁷.

(4) 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.

(5) 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.

Art. 31. -Farmacie circuit inchis

(1) In cadrul spitalului functioneaza o farmacie cu circuit inchis. Farmacia asigura si gestioneaza intreg medicatie necesara bolnavilor internati.

(2) Farmacia are, in principal, urmatoarele atribuții:

1. receptia produselor farmaceutice si a materialelor sanitare pe baza documentelor de primire;

2. aprovizionarea, depozitarea si pastrarea medicamentelor in conditii corespunzatoare;

3. verificarea termenului de valabilitate a medicamentelor si substantelor farmaceutice;

4. asigurarea de medicamente necesare activitatii de asistenta medicala a spitalului;

5. asigurarea aprovizionarii cu medicamente;

6. pastrarea, prepararea si eliberarea medicamentelor de orice natura si forma, potrivit Farmacopeei romane in vigoare, a specialitatilor farmaceutice autorizate si a altor produse farmaceutice, conform nomenclatorului aprobat de Ministerul Sanatatii;

7. depozitarea produselor conform normelor in vigoare (farmacopee, standarde sau norme interne) tinandu-se seama de natura si proprietatile lor fizico-chimice;

8. organizarea si efectuarea controlului calitatii medicamentului si luarea de masuri ori de cate ori este necesar pentru preintampinarea accidentelor, informand imediat organul superior;

9. asigurarea controlului preventiv, verificarea organoleptica si fizica, verificarea operatiilor finale, analiza calitativa a medicamentului la masa de analize;

10. prepararea si eliberarea medicamentelor potrivit normelor stabilite de Ministerul Sanatatii;

11. intocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achizitii publice de medicamente si unele materiale sanitare;

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

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;

⁷Bază: indicatorul „01.09.01.05.05 – Există 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” aferent L.V. 54 – Managementul sterilizării, anexă la Ordinul președintelui ANMCS nr. 8/2018;

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 asistentei medicale farmacia are următoarele atribuții:

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

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

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

d) păstrarea evidenței antibioticelor distribuite departamentelor medicale;

e) raportează către serviciul de prevenire a infecțiilor asociate asistentei 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/farmacologul 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:

a. se verifică antetul rețetei, tipul de formular (Rp simplă, în regim compensat sau gratuit) a medicului prescriptor

b. se verifică valabilitatea prescripției sau a altor documente medicale, conform reglementărilor în vigoare

c. se verifică dacă rețeta are datele de identificare ale pacientului. Se urmărește obținerea de informații despre pacient, care pot influența răspunsul la medicament: vârsta, stare psiho-socială.

d. se verifică dacă rețeta are înscris diagnosticul

e. se verifică dacă rețeta are semnătura și parafa medicului.

f. 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

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)

verifică respectarea prescrierii pe formulare speciale, prevăzute de Legea 339/2005, astfel:

- a. Verifică formularul pe care sunt prescrise medicamentele (verde, galben)
 - b. 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.
 - c. Se verifică cantitatea de medicamente, care pot fi prescrise pentru maxim 30 zile de tratament.
 - d. Se verifică ca prescripția să conțină maxim 3 medicamente, inclusiv același medicament în 2 forme farmaceutice diferite.
 - e. 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:
- a. aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
 - b. adaptarea la persoana în cauză; contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute în prescripție; după caz unele aspecte sociale, economice, de reglementare;
 - c. 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:
- a. verificarea tratamentului, dacă acesta este în concordanță cu diagnosticul
 - b. identificarea medicamentelor: concentrațiile, dozele, posologia, calea de administrare, duratatratamentului, contraindicații, incompatibilitățile medicamentoase
 - c. identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise
 - d. verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor
 - e. verificarea dozelor maxime în cazul medicamentelor psihotrope și stupefiante
 - f. verificarea, în cazul asocierii în amestecuri injectabile a faptului că substanțele medicamentoasesunt compatibile fizico-chimic
 - g. evaluarea posibilității apariției interacțiunilor cu consecințe clinice: între medicamente, întremedicamente și alimente, între medicamente și parametri biologici.
 - h. determinarea precauțiilor la utilizare și a efectelor adverse ale medicamentelor prescrise(conducător auto, sportiv, etc)
 - i. evaluare contraindicațiilor medicamentelor prescrise
 - j. 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 pacientul către 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.

Art. 32. - Laboratoarele din cadrul structurii organizatorice a spitalului sunt organizate astfel:

- Laboratorul de analize medicale;
- Laborator radiologie și imagistică medicală;

Art. 33. - Laboratorul de analize medicale

(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 asistenței 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) șeful laboratorului răspunde de implementarea sistemului de asigurare a calității;

d) șeful 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) șeful laboratorului răspunde de elaborarea manualului de biosiguranță al laboratorului, utilizând recomandările din Ghidul național de biosiguranță pentru laboratoarele medicale (cea mai recentă ediție), în scopul evitării contaminării personalului și a mediului;

f) șeful laboratorului răspunde de întocmirea și derularea programului de instruire a personalului din subordine în domeniul specific al prevenirii și limitării infecțiilor asociate asistenței medicale;

g) identificarea corectă a microorganismelor patogene; în cazul suspiciunii de infecție asociată asistenței medicale va asigura identificarea cât mai rapidă a agentului etiologic al infecțiilor asociate asistenței medicale din produsele patologice recoltate de la bolnavi/purtători;

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 screeninguluipacientilor din sectiile cu risc pentru depistarea colonizarilor/infectiilor cu germeni multiplurezistenti;

j) testeaza sensibilitatea/rezistenta la substanteantimicrobiene 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 izolarilor 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 confirmariicaracterizarii si studiilor epidemiologice comparative intr-un laborator de referinta, cu respectarea reglementarilor legale privind biosecuritatea si biosiguranta.

(2) 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 Biroului managementul calitatii serviciilor medicale⁹.

Art. 34. –Laboratorul de radiologie si imagistica medicala, in care se efectueaza urmatoarele investigatii:

- a) Efectuarea examenelor radiologice, la recomandarea medicilor curanti
- b) Efectuarea examenelor echografice, la recomandarea medicilor curanti

Art. 35. -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

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;

implementarea corespunzătoare a planului anual de prevenire a infecțiilor, echipamente și personal de specialitate;

d) elaborează și supune spre aprobare planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitară;

e) organizează, în conformitate cu metodologia elaborată de Institutul National de Sănătate Publică, anual, un studiu de prevalență de moment a infecțiilor și a consumului de antibiotice din spital;

f) organizează și derulează activități de formare a personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale;

g) organizează activitatea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale pentru implementarea și derularea activităților cuprinse în planul anual de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;

h) propune și inițiază activități complementare de prevenție sau de limitare cu caracter de urgență, în cazul unor situații de risc sau al unui focar de infecție asociată asistenței medicale;

i) elaborează ghidul de izolare al unității sanitare și coordonează aplicarea precauțiilor specifice în cazul depistării colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplu rezistenți la pacienții internați;

j) întocmește harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează procedurile și protocoalele de prevenire și limitare în conformitate cu aceasta;

k) implementează metodologiile naționale privind supravegherea bolilor transmisibile și studiile de supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale;

l) verifică completarea corectă a registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale de pe secții și centralizează datele în registrul de monitorizare a infecțiilor al unității;

m) raportează la direcția de sănătate publică județeană infecțiile asociate asistenței medicale ale unității și calculează rata de incidență a acestora pe unitate și pe secții;

n) organizează și participă la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltarea testelor de autocontrol;

o) colaborează cu medicul de laborator pentru cunoașterea circulației microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;

p) solicită trimiterea de tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referință, în conformitate cu metodologiile elaborate de Institutul National de Sănătate Publică, în scopul obținerii unor caracteristici suplimentare;

q) supraveghează și controlează buna funcționare a procedurilor de sterilizare și menținere a sterilității pentru instrumentarul și materialele sanitare care sunt supuse sterilizării;

r) supraveghează și controlează activitatea de triere, depozitare temporară și eliminare a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală;

s) organizează, supraveghează și controlează respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului și, după caz, a studenților și elevilor din învățământul universitar, postuniversitar sau postliceal;

t) avizează orice propunere a unității sanitare de modificare în structura unității;

- 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, dupaanuntarea 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 colaborarile interdisciplinare sau propune solicitarea sprijinului extern de la directia de sanatate publica sau Institutul National de Sanatate Publica - centru regional la care este arondat, conform reglementarilor in vigoare;
- z) raporteaza managerului problemele depistate sau constatate in prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale;
- aa) intocmeste rapoarte cu dovezi la dispozitia managerului spitalului, in cazurile de investigare a responsabilitatilor pentru infectii asociate asistentei medicale.

Art. 36. - Compartiment evaluare si statistica medicala

Compartimentul evaluare si statistica medicala are, in principal, urmatoarele atributii:

1. intocmirea rapoartelor, centralizarilor, darilor de seama si situatiilor statistice periodice lunare, trimestriale, semestriale si anuale;
2. executarea, in termenele stabilite, a tuturor lucrarilor de statistica, precum si a celor necesare pentru activitatea operativa a institutiei;
3. asigurarea circuitului informational al datelor prin sistemul informatic existent;
4. introducerea zilnica, verificarea si transmiterea datelor privitoare la pacienti din foile de observatie;
5. transmiterea si prelucrarea datelor prin internet;
6. primirea documentatiei medicale a bolnavilor iesiti din spital (foi de observatie);
7. clasificarea foilor de observatie ale bolnavilor iesiti pe grupe de boli, pe sectii, pe an;
8. tinerea evidentei datelor statistice pe formulare stabilite de Ministerul Sanatatii si intocmirea rapoartelor statistice ale spitalului, verificand exactitatea datelor statistice ale sectiilor cuprinse in rapoartele sectiilor;
9. punerea la dispozitia sectiilor a datelor statistice si a documentatiei medicale necesare pentru activitatea curenta si asigurarea prelucrarii datelor statistice;
10. urmarirea corelarii diferitilor indicatori de activitate comparativ cu alte unitati si informarea sefilor de sectie si a conducerii unitatii;
11. tinerea la zi a evidentei informatizate a pacientilor externati si raspunderea pentru corectitudinea datelor introduse in calculator;
12. intocmirea documentatiei medicale a bolnavilor iesiti din spital (foi de observatie, foi de temperatura);
13. asigurarea controlului zilnic al foilor de miscare si compararea cu baza de date;
14. asigurarea inregistrarii miscarii zilnice a bolnavilor in 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 .

Art. 37. -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 il 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 inscris 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.

Art. 38 - Compartiment de evaluare si consiliere psihologica cu atributii in :

a) Diagnostic, evaluare clinică și psihometrică;

b) Investigarea și diagnosticul tulburărilor psihice și altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice;

c) Evaluare cognitivă și neuropsihologică;

d) Evaluare comportamentală;

e) Evaluare subiectiv – emoțională;

f) Evaluare a personalității și mecanismelor de coping/adaptare/defensive;

g) Evaluare a unor aspecte psihologice specifice ale familiei sau altor grupuri;

h) Evaluare a contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă probleme psihologice;

i) Evaluarea dezvoltării psihologice;

j) Alte evaluări în situații care implică componente psihologice (ex. chestionare de interes în consiliere vocațională, etc);

k) Educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (prin prevenție primară și secundară);

l) Consiliere și terapie suportivă;

m) Consiliere în situații de criză;

n) Optimizare și dezvoltare personală și autocunoaștere;

o) Terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, familie);

p) Terapii standard de relaxare și sugestive;

q) Consiliere prin tehnici comportamentale;

r) Managementul conflictului și negociere;

s) Psihologul poate participa sau poate iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale, Realizarea de pliante, broșuri și alte materiale informative;

t) Prezentarea unor lucrări, conspecte sau mini- referate privind anumite teme de interes sau noutăți în domeniu;

Art. 39 - Compartiment de asistenta sociala cu atributii in:

a) Interventia in cazurile care au nevoie de asistenta sociala.

b) Aplica procedura specifica de preluare ,evaluare si de stabilire a interventiei pentru pacientii care au nevoie de suport social;

c) Ofera consiliere pacientului,atuncicand evenimentul care l a adus in spital a fost unul traumatizant sau cand problemele medicale vor genera o schimbare radicala in viatat acestuia (personala,sociala,profesionala,familiala,etc); consiliereea este oferita si apartinatorilor;

- d) 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;
- e) 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;
- f) Acorda asistenta specifica persoanelor fara adapost care solicita asistenta medicala si pune in contact pacientul cu servicii de asistenta de comunitate;
- g) Acorda asistenta specifica pentru suportul,protectia si colectarea datelor evidentelor in cazul victimelor violentei sexuale;
- h) Acorda asistenta specifica pacientilor care prezinta suspiciuni sau semne ale unor leziuni ale abuzului fizic si a violentei in familie;
- i) Acorda asistenta specifica in cazul copiilor asupra carora se manifesta orice forma de abuz sau neglijare;
- j) Acorda asistenta specifica in cazul copiilor care ajung neinsostiti de catre reprezentantii legali;

Informeaza si ghideaza apartinatorii pacientilor decedati cu privire la demersurile legale necesare;

Art. 40 - Centrul evaluare Covid19 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. 41 - Unitate de transfuzie sanguine cu atributii in:

- a) Deservirea tuturo rsectiilor 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;

B. Activități tehnico– administrative

Art. 42(1)**Biroul managementul calității serviciilor de sanatate**este subordonat direct managerului spitalului, avandatributii 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 B.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galați¹⁰ este prevăzut în Anexa nr.16 la prezentul Regulament.

Art. 43. - Biroul resurse umane, normare, organizare și salarizare

Biroul RUNOS este condus de un șef birou, subordonat managerului unității și are ca obiect de activitate aplicarea legislației în domeniul managementului resurselor umane privind angajarea, evaluarea, perfecționarea profesională a resurselor umane din cadrul unității.

Biroul RUNOS are următoarele atribuții:

1. Elaborează, revizuieste, aplică și analizează procedurile de lucru specifice biroului resurse umane;
2. Coordonează elaborarea Regulamentului Intern și a regulamentului de Organizare și funcționare, și urmărește ca fiecare angajat să ia la cunoștință conținutul acestor documente;
3. asigură încadrarea personalului potrivit statutului de funcții și cu respectarea nomenclatoarelor de funcții și salarizare, a condițiilor de studii și stagiu;
4. întocmește contractele individuale de muncă pentru personalul nou-încadrat;
5. întocmește și ține la zi dosarele profesionale ale angajaților;
6. întocmește dosarele cerute de legislația în vigoare, în vederea pensionării;
7. întocmește formele privind modificările intervenite în contractele individuale de muncă ale salariaților (promovare, schimbare funcție, desfacerea contractului individual de muncă);
8. întocmește statutul de funcții, conform normelor de structură aprobate pentru toate categoriile de personal;
9. elaborează organigrama unității și o revizuieste ori de câte ori se impune;
10. întocmește după criterii obiective fișele de evaluare a posturilor;
11. încadrează medicii rezidenți pe baza de repartitie;
12. întocmește și aduce la cunoștință fișa postului pentru personalul din cadrul biroului
13. întocmește darile de seamă statistice lunare, trimestriale, semestriale și anuale privind personalul încadrat conform cerințelor;
14. aplică prevederile legale privind protecția maternității la locurile de muncă;
15. urmărește modul de calcul și efectuarea la timp a viramentelor pentru contribuțiile din partea angajatorului și a angajaților;
16. urmărește existența și comunicarea către Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Galați a actelor privind salariații unității necesare pentru semnarea contractelor de furnizare de servicii medicale (autorizații de liberă practică, polite de mal-praxis);
17. anunță salariații în luna expirării documentelor necesare pentru a fi în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Galați;

¹⁰Bază: 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;

18. asigura existenta fiselor posturilor pentru salariatii spitalului, fise ce vor fi intocmite de fiecare sef de clinica, compartiment, laborator, serviciu, birou, pentru salariatii din subordine;
19. 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;
20. urmareste intocmirea planificarii concediilor de odihna, conform legislatiei in vigoare;
21. asigura introducerea in baza de date a informatiilor referitoare la personal si actualizeaza baza cu datele noilor angajati;
22. intocmeste si actualizeaza registrul de evidenta a salariatilor;
23. asigura secretariatul comisiilor de concurs pentru ocuparea posturilor vacante si intocmeste lucrarile privind incadrarea in munca a candidatilor declarati admisi pe baza proceselor verbale ale comisiilor, in conformitate cu prevederile legale;
24. stabileste salariile de baza ale personalului contractual ca urmare a legislatiei in vigoare;
25. elibereaza la cerere adeverinte privind calitatea de salariat care atesta vechimea in munca sau drepturile salariale;
26. orice alte lucrari prevazute de Codul Muncii;
27. executa la termenul precizat, orice alta lucrare repartizata de catre conducerea unitatii privind problemele specifice Biroului RUNOS;
28. efectueaza controlul prestarii muncii, atat in cadrul programului de lucru, cat si in afara acestui timp (garzi, munca suplimentara etc.);
29. asigura acordarea drepturilor de salarizare: salariu de baza, spor pentru conditii periculoase sau vatamatoare, garzi, indemnizatii, premii anuale etc, in conformitate cu legislatia in vigoare;
30. urmareste aplicarea legislatiei in vigoare privind incadrarea, salarizarea, promovarea si acordarea tuturor celorlalte drepturi salariale;
31. intocmeste statele de plata pentru personalul incadrat, centralizatorul statelor de salarii, situatia recapitulativa si stabileste suma neta de plata convenita salariatilor;
32. intocmeste fisele fiscale si se ocupa de depunerea lor la administratia financiara in termenul prevazut de Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificarile si completarile ulterioare;
33. intocmeste declaratia privind contributiile la Bugetul asigurarilor sociale de stat;
34. calculeaza certificatele de concediu medical potrivit prevederilor legale;
35. totalizeaza numarul 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;
36. intocmeste situatiile statistice lunare, trimestriale, semestriale si anuale privind fondul de salarii;
37. verifica corectitudinea intocmirii pontajelor pentru fiecare salariat;
38. asigura confidentialitatea datelor salariatilor in conformitate cu legislatia in vigoare.
39. verifica prezenta si foile de pontaj;
40. intocmeste si transmite catre CAS Galati concediile medicale de recuperat;
41. asigura realizarea indicatorilor de management ai resurse umane.
42. participa la negocierea contractului colectiv de munca

- (3) In ceea ce priveste organizarea are, in principal, urmatoarele atributii:
- a) stabileste nevoile de pregatire si de perfectionare a pregatirii profesionale;
 - b) elaboreaza programele de pregatire si perfectionare si urmareste aplicarea lor;
 - c) elaboreaza planul de promovare;
 - d) participa la organizarea concursurilor si examenelor pentru obtinerea de grade si trepte profesionale;
 - f) elaboreaza pe baza datelor furnizate de sectii, servicii, birouri, plan de invatamant anual si de perspectiva (reciclari, perfectionari);
 - g) stabileste criteriile si metodele de evaluare a performantelor profesionale
 - h) actualizeaza anual, normarea personalului conform reglementarilor legale in vigoare
- (4) In ceea ce priveste securitatea si sanatatea in munca
- a) efectueaza instructajul de protectia muncii pentru personalul nou-angajat in unitate conform legislatiei in vigoare;
 - b) controleaza toate locurile de munca in scopul prevenirii accidentelor de munca si imbolnavirilor profesionale;
 - c) verifica ori de cate ori este nevoie daca noxele se incadreaza in limitele de nocivitate admise pentru mediul de munca pe baza masuratorilor efectuate de catre organismele abilitate sau laboratoarele proprii abilitate sa propuna masuri tehnice si organizatorice de reducere a acestora cand este cazul;
 - d) asigura instruirea si informarea personalului in probleme de securitate si sanatate in munca;
 - e) elaboreaza lista pentru dotarea personalului cu echipamente individuale de protectie si de lucru, participa la receptia mijloacelor de protectie colectiva si a echipamentelor tehnice inainte de punerea lor in functiune;
 - f) participa la cercetarea accidentelor de munca si tine evidenta acestora;
 - g) 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;
 - h) urmareste realizarea masurilor dispuse de catre inspectorii de munca, cu prilejul vizitelor de control si al cercetarii evenimentelor;
 - i) colaboreaza cu medicul de medicina muncii, in vederea coordonarii masurilor de prevenire si protectie, precum si in completarea fisei de expunere la risc;
 - j) tine evidenta posturilor de lucru care necesita examene medicale suplimentare, tine evidenta posturilor de lucru care, la recomandarea medicului de medicina muncii, necesita testarea aptitudinilor si/sau control psihologic periodic;
 - k) monitorizeaza functionarea sistemelor si dispozitivelor de protectie, a aparaturii de masura si control, precum si a instalatiilor de ventilare sau a altor instalatii pentru controlul noxelor in mediul de munca.

Art. 44. –Biroul financiar-contabilitate

Biroul financiar-contabilitate are, in principal, urmatoarele atributii:

- a) asigura realizarea si raportarea indicatorilor de performanta economico-financiari; intocmeste bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului in vederea avizarii de catre Consiliul de administratie si aprobarii de catre CJ Galati;
- b) intocmeste listele de investitii in baza propunerilor primite de la Biroul achizitii publice, contractare;
- 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 creditorii;
- 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 cerute in legatura cu activitatea desfasurata in spital;
- p) organizeaza verificarea documentelor de cheltuieli sub aspectul formei, continutului si legalitatii acestora;
- q) organizeaza si raspunde de gestionarea numerarului unitatii privind Regulamentul operatiunilor de casa;
- r) respecta prevederile legale in vigoare cu privire la pastrarea confidentialitatii datelor, informatiilor si documentelor referitoare la activitatea spitalului.
- s) raspunde de intocmirea la timp si in conformitate cu dispozitiile legale a darilor de seama contabile;
- t) asigura masurile de pastrare, manipulare si folosire a formularelor cu regim special;
- u) organizeaza actiunea de perfectionare a pregatirii profesionale pentru salariatii biroului;

- v) întocmeste studiul privind îmbunătățirea activității economice din unitate și propune măsuri corespunzătoare;
- w) întocmeste lucrările privind proiectele planurilor bugetului de venituri și cheltuieli;
- x) ia măsurile necesare pentru asigurarea integrității bunurilor și pentru recuperarea pagubelor;
- y) răspunde de îndeplinirea condițiilor legale privind angajarea gestionarilor, constituirea garanțiilor și reținerea ratelor;
- z) organizează verificarea documentelor justificative de cheltuieli sub aspectele formei, conținutului și legalității operațiunii;
- aa) răspunde de întocmirea formelor de recuperare a sumelor care eventual au fost gresit plătite;
- bb) urmărește contractele încheiate cu Casa de Asigurări de Sănătate în vederea decontării serviciilor medicale (spitalicești, ambulatoriu, paraclinice);
- cc) întocmesc lunar facturile pentru decontarea serviciilor medicale (spitalicești, ambulatoriu, paraclinice);
- dd) întocmesc facturile de regularizare pentru serviciile medicale prestate pentru asigurați și decontate de Casa de Asigurări de Sănătate;
- ee) întocmesc necesarul de fonduri pentru programele naționale de sănătate finanțate de Ministerul Sănătății;
- ff) verifică lunar, anual sau ori de câte ori este nevoie corectitudinea evidenței contabile cu evidența tehnico-operativă a gestionarilor;
- gg) întocmesc necesarul de fonduri pentru acțiunile de sănătate finanțate de Ministerul Sănătății;
- hh) verifică documentele justificative de cheltuieli sub aspectul, formei, conținutului și legalității operațiunilor;
- ii) verifică toate operațiunile consemnate de Trezoreria Statului în extrasele de cont; verifică și înregistrează în contabilitate documentele care stau la baza operațiunilor de plăți în numerar;
- jj) întocmesc bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului cu anexele corespunzătoare, listele de investiții în conformitate cu prevederile legale și îl supun aprobării conducerii, consiliului de administrație al spitalului și Ministerului Sănătății;
- kk) întocmesc și înregistrează facturile pentru serviciile medicale efectuate de spital pentru alte unități sanitare, precum și către clienți în conformitate cu contractele încheiate de spital pentru diverse servicii și urmăresc inclusiv încasarea lor.
- ll) colectează și introduce în aplicațiile informatice factorii de repartitie a cheltuielilor indirecte, precum și veniturile aferente centrelor de cost;
- mm) elaborează rapoarte financiare privind tipurile de cheltuieli efectuate de fiecare centru de cost, precum și tipurile de venituri efectiv realizate de fiecare centru de cost;
- nn) instiinteaza centrele de cost asupra rezultatelor obtinute, precum si a evolutiei in timp a veniturilor si cheltuielilor realizate;
- oo) sprijina conducatorii centrelor de costuri privind îmbunătățirea și realizarea în bune condiții a serviciilor medicale acordate;
- pp) determină costurile efective ale procedurilor medicale realizate;

qq) calculeaza costurile efective privind spitalizarea bolnavilor pentru instantele judecatoresti;

Art. 45. –Serviciul Administrativ are in componenta Biroul de achizitii si Biroul Administrativ si relatii publice cuurmatoareleatributii principale:

1. asigura aprovizionarea unitatii cu alimente, materiale, instrumentar si aparatura in cele mai bune conditii;
2. intocmeste comenzile in vederea asigurariiaprovizionarii spitalului cu alimente, materiale, instrumentar, aparatura etc., in cele mai bune conditii si la termenele contractuale;
3. tine evidenta comenzilor;
4. elibereaza prin magazia spitalului, catre toate structurile functionale ale acestuia, pe baza graficelor aprobate si a bonurilor de consum si de miscare, materialele solicitate;
5. asigura monitorizarea si cunoasterea exacta a stocurilor si a consumurilor zilnice de materiale sanitare si de laborator, precum si de materiale pentru curatenie si intretinere;
6. intra in relatii cu sectiile si serviciile din spital si cu furnizorii de materiale si medicamente;
7. confirma realitatea, regularitatea si legalitatea aprovizionarii cu bunuri, servicii si lucrari in baza facturilor primite, ca urmare a emiterii comenzilor;
8. pune la dispozitia organelor si organismelor competente, la solicitarea acestora, in conditiile legii, date privind activitatea biroului;
9. urmareste si verifica rapoartele referitoare la intocmirea comenzilor si corelarea acestora cu inregistrarea in Hypocrate (angajamente legale, ordonantari si plati).

Art. 46. -Biroul administrativ si relatii publice;

Biroul administrativ si relatii publice are, in principal, urmatoareleatributii:

1. organizeaza si asigura paza si ordinea in spital;
2. ia masurile necesare pentru utilizarea patrimoniului administrativ in conditii de maxima eficienta;
3. tine evidenta tehnic-operativa a bunurilor pe locuri de folosinta, centralizeaza propunerile de casare si intocmestedocumentatia de casare a bunurilor aflate in patrimoniul spitalului;
4. asigura receptionarea, manipularea, depozitarea, eliberarea in consum a activelor fixe, a obiectelor de inventar, a lucrarilor si bunurilor materiale, potrivit prevederilor legale;
5. organizeaza activitatea blocului alimentar, stabileste masuri pentru imbunatatirea conditiilor alimentatiei bolnavilor;
6. organizeaza arhiva spitalului;
7. asigura respectarea primirii, distribuirii, pastrarii, circuitului si evidenta documentelor la registratura generala, conform prevederilor legale;
8. tine evidenta inchirierii de spatii si urmareste contractele de inchiriere pentru acestea;
9. asigura activitatea de service pentru utilaje si lucrari de telefonie, de calculatoare si imprimante, aparate de multiplicat, de paza si interventie;
10. asigura verificarea curateniei exterioare in spital, a intretinerii spatiilor, repararea cailor de acces;

11. asigura intretinerea si exploatarea in bune conditii a automobilelor din dotare;
12. intocmeste propuneri fundamentate pentru necesarul anual de achizitii publice de alimente, servicii de telefonie, servicii de eliminare a deseurilor, 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;
13. avizeaza nota de fundamentare pentru reparatii curente si capitale la constructii si instalatii;
14. avizeaza proiectul de reparatii pentru constructii si instalatii, care se inainteaza conducerii spre aprobare;
15. avizeaza tema de proiectare, parte componenta a caietului de sarcini, in vederea contractariilucrarilor de proiectare la constructii si instalatii;
16. participa la intocmireadocumentatiei in vederea contractariilucrarilor de reparatii cu societati specializate in constructii si instalatii, conform reglementarilor legale, si urmareste executarea lucrarilor de reparatii sub aspect cantitativ si calitativ, potrivit clauzelor contractuale;
17. verifica executia corecta, calitativa pe baza reglementarilor tehnice in vigoare pe tot parcursul executariilucrarilor;
18. participa, impreuna cu proiectantul, la obtinerea avizelor, acordurilor si aprobarilor pe plan local, necesare autorizariilucrarilor de constructii;
19. asigura solutionareaneconformitatilor pe parcursul executieilucrarilor, cat si a deficientelor proiectelor;
20. confirma realitatea si legalitatea platilorcatresocietatile contractante de prestari servicii;
21. urmareste intocmirea documentatiilor de receptie a lucrarilor in conformitate cu prevederile legale;
22. urmareste realizarea remedierilor in termenul de garantie;
23. participa la intocmireacartilor tehnice a constructiilor conform prevederilor legale si asigura pastrarea si completarea acestora cu datele referitoare la exploatarea constructiei.
24. asigura comunicarea cu colaboratorii si transparenta comunicarii deciziilor in institutie, accesul facil la datele cu caracter public.

Art. 47. -Biroul achizitii

Biroul achizitii publice, contractare are, in principal, urmatoareleatributii:

1. raspunde de primirea referatelor de necesitate de la compartimentele de specialitate in vederea elaborarii programului anual al achizitiilor publice;
2. elaboreaza programul anual al achizitiilor publice cu respectarea legislatiei in domeniul achizitiilor publice in vigoare;
3. se ocupa de avizarea si aprobarea programului anual al achizitiilor publice la nivelul conducerii spitalului;
4. elaboreaza documentatia de atribuire a procedurii de achizitii publice;
5. supune spre aprobare documentatia de atribuire/de concurs;
6. organizeaza initierea, derularea si finalizarea procedurilor de achizitii publice, inclusiv a achizitiilor directe, in conformitate cu legislatia din domeniul achizitiilor publice in vigoare;
7. elaboreaza procedura operationala pentru achizitii directe;

8. elaboreaza nota de justificare pentru procedura selectata;
9. elaboreaza sau, dupa caz, coordoneaza documentatia de atribuire a contractelor de achizitie publice - documentatia ce cuprinde toate informatiile legate de obiectul contractului de achizitie publica si de procedura de atribuire selectata pentru acesta;
10. redacteaza si semneaza contractele si se ocupa de avizarea si semnarea acestora la nivelul conducerii spitalului si transmite toate informatiile necesare Compartimentului aprovizionare, transport pentru intocmirea comenzii;
11. introducerea in sistemul informatic integrat al spitalului a datelor privind acordurile-cadru, contractele subsecvente, contractele de achizitie, actele aditionale aferente acestora si notele justificative;
12. urmareste derularea realizarii contractelor;
13. 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;
14. intocmeste graficul de livrari pentru bunurile, serviciile si lucrarile achizitionate (anexele la contracte);
15. constituie si pastreaza dosarul achizitiei publice;
16. raspunde de legalitatea procedurilor de achizitie efectuate;
17. 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;
18. deruleaza si finalizeaza achizitiile directe;
19. asigura relatiile de corespondenta si dialog cu institutiile de control in domeniul achizitiilor publice;
20. verifica sesizarile referitoare la nerespectarea prevederilor legale privind atribuirea contractului de achizitie;
21. intocmeste situatii si rapoarte specifice activitatii Biroului achizitii publice, contractare;
22. intocmeste, actualizeaza si propune spre aprobare conducerii spitalului proceduri de lucru si/sau operationale specifice;
23. respecta, cu strictete, prevederile legislatiei in vigoare din domeniul achizitiilor publice pentru asigurarea cheltuirii eficiente si oportune a fondurilor publice .

Art. 48. – Activitatea juridica

Activitatea juridica este externalizata si asigurata prin incheierea unui contract de prestari servicii si are in principal, urmatoarele atributii:

1. avizeaza si contrasemneaza actele cu caracter juridic, la cererea conducerii, pe cele care pot angaja raspunderea patrimoniala a spitalului, precum si orice alte acte care produc efecte juridice;
2. reprezinta si apara drepturile si interesele legitime ale spitalului in raporturile lui cu institutii de orice natura si cu orice persoana, fie ea juridica sau fizica, romana ori straina, precum si in cadrul oricarei proceduri prevazute de lege;
3. urmareste aparitia actelor normative si semnaleaza organelor de conducere si serviciilor interesate atributiile/notiunile de interes specific pentru acestea;

4. asigura consultanta juridica pentru membrii Comitetului director sau a sefilor sectiilor/laboratoarelor/serviciilor/compartimentelor, precum si pentru personalul salariat al spitalului, atat timp cat aceasta nu contravine intereselor spitalului; in acest sens, acorda consultatii si redacteaza cereri cu caracter juridic in toate domeniile dreptului;

5. redacteaza opinii juridice cu privire la aspecte legale ce privesc activitatea spitalului;

6. redacteaza proiectele de contracte;

7. redacteaza acte juridice, atesta identitatea partilor, consimtamantul, continutul si data actelor incheiate, care privesc spitalului, la cererea managerului;

8. verifica legalitatea actelor cu caracter juridic si administrativ primite spre avizare;

9. redacteaza documente/acte/contracte juridice, la solicitarea membrilor Comitetului director sau a sefilor de sectie/laborator/serviciu/compartiment;

10. nu se pronunta asupra aspectelor economice, tehnice sau de alta natura cuprinse in documentul avizat ori semnat de acesta;

11. este obligat sa respecte dispozitiile legale privitoare la interesele contrare in aceeasi cauza sau in cauze conexe ori, dupa caz, a conflictului de interese;

12. este obligat sa respecte secretul si confidentialitatea activitatii sale, in conditiile legii;

13. indeplineste orice alte lucrari cu caracter juridic.

Art. 49. – Activitatea tehnica

Activitatea tehnica este asigurata de catre Serviciului administrativ, care :

1. 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;

2. sesizeaza conducerea spitalului asupra eventualelor abateri din partea proiectantului, precum si a constructorilor fata de avizele pe baza carora a fost aprobata investitia;

3. stabileste cauzele degradarii sau distrugerii constructiilor sau utilajelor si propune masuri corespunzatoare;

4. efectueaza lucrari de intretinere si reparatii curente la cladiri, instalatii si utilaje;

5. asigura asistenta tehnica in vederea punerii in functiune a aparatelor, instalatiilor si utilajelor medicale;

6. organizeaza planul de intretinere si confirma in procesele verbale intocmite cu firmele ce asigura service-ul revizuirea periodica a instalatiilor, aparatelor si utilajelor din dotare;

7. urmareste programarea pentru verificarea aparatelor, utilajelor si instalatiilor conform instructiunilor tehnice, metrologice, in vigoare;

8. confirma prin procesele-verbale de verificare periodica urmarirea functionarii aparatelor, instalatiilor si utilajelor ce asigura paza contra incendiilor;

9. asigura deservirea permanenta a punctului termic, statiei de oxigen, statiei hidrofor si statiei de pompare, prin graficul turelor de permanenta;

10. propune lista de prioritati in vederea intocmirii temelor de proiectare privind lucrarile de investitii si reparatii capitale si urmareste asigurarea documentatiilor tehnice;

11. intocmeste propunerile de plan anual de aprovizionare cu piese de schimb pentru aparate, utilaje si instalatii;

12. stabileste necesarul anual de materiale de intretinere, de constructii si de reparatii, cladiri si instalatii din institut.

Art. 50. –Asigurarea activitatilor de securitatea muncii, P.S.I., protectie civila si situatii de urgenta

Activitatea de securitatea muncii este organizata prin CSSM cu urmatoareleatributii:

1. organizeaza si conduce activitatea specifica;
2. elaboreaza instructiuni specifice fiecarui loc de munca, impreuna cu responsabilii sectiilor;
3. participa la evaluarea riscurilor de accidentare si imbolnavire la locurile de munca si propune masuri de prevenire corespunzatoare, care vor face parte din planul anual de protectia muncii;
4. verifica daca noxele se incadreaza in limitele de nocivitate admise pentru mediul de munca;
5. asigura instruirea si formarea personalului in probleme de protectie a muncii;
6. tine evidenta accidentelor de munca si a imbolnavirilor profesionale;

Activitatea P.S.I, protectie civila si situatii de urgenta este asigurata de angajati ai Seviciului Administrativ, cu atributiile:

1. organizeaza si conduce activitatea specifica;
2. intocmeste si actualizeaza planul de protectie civila, planul de evacuare, planul de aparareimpotriva dezastrelor;
3. organizeaza activitatea pentru intocmirea, pastrarea, actualizarea si aplicarea documentelor;
4. coordoneaza impreuna cu responsabilul PSI de sector activitatea de prevenire a incendiilor si instruiesteangajatii cum sa actioneze in caz de incendiu si de evacuare a personalului si bunurilor materiale;
5. instruieste pe linie de PSI noii angajati si intocmeste Fisa individuala PSI;
6. raspunde de incarcarea si verificarea la scadenta a stingatoarelor;
- 7 verifica starea de intretinere, dotarea si starea de exploatare a hidrantilor subterani si a hidrantilor interiori;
8. reactualizeaza lista cu substante periculoase si toxice;
9. participa la intocmirea Planului de interventie in caz de calamitati naturale, inundatii, catastrofe;
10. se preocupa de obtinerea autorizatiilor PSI;
11. se preocupa de obtinerea Autorizatiei de mediu a spitalului;
12. intocmeste propuneri fundamentate pentru necesarul de achizitii publice de echipamente de protectie si alte materiale specifice sectorului de activitate.

Art. 51. -Activitatea informatica este externalizata si asigurata prin incheierea si derularea unui contract de prestari servicii care are in principal urmatoareleatributii:

1. realizeaza informatizarea spitalului;
2. intretine si actualizeaza baza de date medicale a spitalului;
3. coordoneaza sectiile clinice in 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 situatiile intocmite;

8. colaboreaza cu Compartimentul de evaluare si statistica medicala, cu care confrunta baza de date;

9. preia si prelucreaza situatiile statistice privind investigatiile, analizele de laborator, interventiile chirurgicale, bolnavii iesiti din spital si elaboreaza lucrarile solicitate de conducerea spitalului;

10. prelucreaza datele furnizate de farmacie in vederea intocmirii consumurilor de medicamente din spital;

11. mentine in 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. intocmeste propuneri fundamentate pentru necesarul de achizitii publice de materiale specifice.

Art. 52. -Servicii gospodaresti: lenjerie si spalatorie, garderoba, bucatarie etc.

(1) Compartimentul de lenjerie si spalatorie are urmatoarea organizare:

- punctul de colectare si triere a rufariei aduse;
- bazinul de dezinfectie a rufariei;
- camerele de storcatoare;
- uscatoria;
- calcatoria mecanica;
- calcatoria manuala;
- punctul (depozitul) de pastrare si distribuire a obiectelor curate;
- punctul de reparare a rufariei;
- punctul de depozitare a inventarului moale scos din uz.

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

- asigurarea integritatii bunurilor din barem prin desemnarea unei persoane care sa raspunda de corecta conservare si manipulare a intregului 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 folosit (murdar);
- eliberarea, in schimbul obiectelor 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, cu conditiile cadrarii in cotele maxime de inlocuire;
- depozitarea inventarului moale propus casarii, pana la scoaterea lor definitiva din uz;
- inlocuirea bonului de consum pentru completarea baremului scos din uz;
- asigurarea circulatiei obiectelor de inventar moale si echipament gospodaresc: clinici, sectii, policlinici si blocul central de lenjerie si echipament din punctul de colectare a obiectelor murdare si punctul de distribuire a celor curate;

- asigurarea întocmirii bonurilor de predare-transfer- restituire în situația în care nu se poate returna secțiilor o cantitate egală de echipament cu cea primită spre spălare;
- organizarea unei evidente judicioase a obiectelor de inventar moale, printr-un control periodic, cel puțin o dată pe lună, pentru a se determina situația faptică;
- asigurarea funcționalității mașinilor de spălat, storcătoarelor și uscătoarelor, semnaland serviciului administrativ și atelierului de reparații - întreținere eventualele deficiențe survenite în funcționarea lor;
- trierea și asigurarea reparației inventarului moale, la atelierul de lenjerie al spitalului;
- asigurarea aprovizionării cu materiale necesare spălatului rufăriei conform normelor de consum stabilite pe unitate;
- asigurarea întreținerii igienico-sanitare a spațiilor de muncă și a utilajelor;
- respectarea normelor PSI;
- asigurarea efectuării instructajului PSI și de protecția muncii.

(3) Garderoba are, în principal, următoarele atribuții:

- primirea, restituirea obiectelor de îmbrăcăminte și alte bunuri aparținând celor care participă la activitatea ce se desfășoară în spital;
- primirea și predarea bunurilor lăsate la garderoba se face numai pe baza de ecusoane numerotate, ce sunt eliberate de garderobier la primirea acestor bunuri;
- participarea prin ajutor direct la acțiunile de protocol ce au loc în incinta spitalului.

(4) Bucătăria are, în principal, următoarele atribuții:

- păstrarea alimentelor în conformitate cu normele igienice;
- verificarea termenelor de valabilitate ale stocurilor de alimente și ale celor recepționate;
- prepararea hranei în conformitate cu regimul dietetic recomandat;
- repartizarea hranei bolnavilor pe secții;
- respectarea orelor de masă ale bolnavilor.

CAPITOLUL VI

Consiliile și comisiile din cadrul spitalului

Art. 53(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 deciziile interne și funcționează următoarele comitete, consilii, grupuri de lucru și comisii¹¹:

- a) Comitetul director
- b) Consiliul medical

¹¹Bază: 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;

- c) Comisia de coordonare a implementarii managementului calitatii serviciilor si sigurantei pacientilor si de pregatire a spitalului pentru evaluare
- d) Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.¹²
- e) Comisia de monitorizare
- f) Grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital¹³
- g) Comitetul de prevenirea 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) BMCSS

Art. 54– 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. 55– 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 presedintele consiliului medical. Consiliul Medical este format din medicii sefi de secție, sefi de departamente, laboratoare, compartimente condus de directorul medical in calitate de presedinte. Seful biroului MCSS are statut de invitat permanent– în calitate de Responsabil cu Managementul Calității.

Art. 56-Principalele activități desfășurate de către **Comisia de coordonare a implementarii managementului calitatii serviciilor si siguranteipacientilor si de pregatire a spitalului pentru evaluare**sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 1 la prezentul Regulament

¹²Bază: 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)

¹³Bază: 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 Ordinulpreședintelui ANMCS nr. 8/2018;

Art. 57– 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.58– 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. 59– 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. 60 – 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. 61– Principalele activități desfășurate de către **Consiliul etic sunt cele prevăzute în OMS nr 1502/2016** precum și în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 6 la prezentul Regulament.

Art. 62– Principalele activități desfășurate de către **Comisia medicamentului** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 7 la prezentul Regulament.

Art. 63– 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. 64– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de sanatate și securitate în munca** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 9 la prezentul Regulament.

Art. 65– 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. 66– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de transfuzii și hemovigilenta** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 11 la prezentul Regulament.

Art. 67– 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.68– 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. 69– 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.70– 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. 71-Principalele activități desfășurate de către **B.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. 72– Principalele activități desfășurate de către **Comisia de coordonarea implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților;** sunt prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare existent în Anexa nr. 17 la prezentul Regulament.

Art. 73. -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.74 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 îngrijire¹⁴:
- b) Completează, după caz, toate datele și informațiile necesare în planurile de îngrijire

¹⁴Bază: 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 aceleași 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.;

individualizate pentru fiecare pacient, conform competențelor profesionale, în 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.

- c) 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 cazuri¹⁵.
- d) Foile de observație clinică generală sunt verificate de către șeful de secție sau persoana desemnată de acesta, cel puțin la internare și externare¹⁶.
- e) Zilnic, după-amiază, duminică și în zilele de sărbători legale, se asigură consultatii prin rotație, conform planificării secției¹⁷, de către unul din medicii acesteia.

CAPITOLUL VIII

Monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor

Art. 75. Următoarele structuri medicale funcționale din spital au rolul de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor¹⁸, după cum urmează:

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

- Asigură obținerea, depozitarea și distribuirea 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;

¹⁵Bază: 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.;

¹⁶Bază: 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.;

¹⁷Bază: indicatorul „01.06.01.06.05 - Programul serviciului de contravizită este așezat 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.;

¹⁸Bază: 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 evidența antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori;
- Asigură evidența antibioticelor pentru antibioprolaxie;
- Asigură evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioticorezistența;
- Asigură informarea medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian;
- Asigură eliberarea antibioticelor pentru pacienții internați în baza condițiilor 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 multidrog 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 antibiopprofilaxie.

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 antibiogramei;
- 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. 76(1) Drepturile și obligațiile aparținătorilor/vizitatorilor și a pacienților internați

- a) Drepturile pacienților internați sunt cele prevăzute de *Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, cu modificările și completările ulterioare* și din *Normele de aplicare ale acesteia aprobate prin O.M.S. 1410/2016* și vor fi postate pe site-ul spitalului și la avizierele acestuia;
- b) Aparținătorii nu au dreptul de a vizita pacienții conform programului instituit în situații de carantină;
- c) Vizita aparținătorilor pacienților internați în spital în stare gravă, critică sau terminală, este de 5-10 minute .
- d) La intrarea în spital aparținătorii au obligația de a prezenta personalului de pază actul de identitate pentru a fi trecut în registrul de vizitatori. Cu această ocazie este interzisă perceperea de taxe pentru vizitarea pacienților;
- e) Familiile pacienților internați în oricare dintre secțiile unității sanitare pot discuta direct cu medicul curant în timpul programului de lucru al acestuia, în baza unui program stabilit de medicul șef de secție sau de coordonatorul secției, aprobat de directorul medical și afișat la loc vizibil în fiecare secție.
- f) Este interzisă introducerea 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;
- g) Pe timpul vizitei în spital este interzisă folosirea telefonului mobil cu camera foto, aparat de fotografiat sau alte aparate de înregistrare și filmare;
- h) Este interzis accesul în spital a persoanelor aflate în stare de ebrietate;
- i) Pe timpul vizitei aparținătorii au obligația de a avea un comportament cuviincios în relațiile cu personalul medico-sanitar și cu ceilalți pacienți și aparținători;
- j) Aparținătorii au obligația să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, etc.
- k) Este interzisă deplasarea în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);
- l) Fumatul în incinta spitalului este strict interzis;

(2) Obligațiile aparținătorilor / pacienților, pe timpul internării în compartimentele cu paturi ale spitalului, sunt:

- a) La internare, să prezinte toate actele necesare, să ia la cunoștință de prevederile Regulamentului de ordine interioară al pacienților / aparținătorilor, cât și de indicațiile privind tratamentul medico-chirurgical și să semneze Acordul pacientului informat, în caz contrar asumându-și consecințele.
- b) Informarea medicului curant / asistentei de salon în legătură cu orice modificare apărută în evoluția stării de sănătate a pacientului.

c) Respectarea conduitei terapeutice și a regulilor de igienă, cooperarea la tratament, etc.

d) Să predea fără întârziere hainele și încălțăminte la garderoba spitalului. Vor fi păstrate în salon numai articole de lenjerie absolut necesară. Depozitarea de bagaje în saloane este interzisă.

e) Aparținătorii pot prelua parte din responsabilitățile îngrijirii și hrănirii copilului, în condițiile în care acestea se fac în condiții de igienă deplină (spălarea mâinilor înainte și după hrănire, după schimbarea scutecelor, lenjeriei, folosirea ploștii, spălarea sânului înainte de alăptare, etc). Alimentarea copilului se va face conform prescripțiilor medicului curant;

f) Alimentarea copilului se va face conform prescripțiilor medicului curant; Pentru pacienții nou născuți și sugari, se vor aplica cu strictete regulile privind pregătirea laptelui care va fi preparat doar în biberonerie spitalului, de către personal specializat în acest sens (și nu în saloane și de către însoțitori). Procesarea veselei și a biberonelor pentru sugari se va realiza în biberonerie spitalului și în oficiul secției, conform regulilor stabilite;

g) Respectarea integrității bunurilor din patrimoniul spitalului pe care le folosește pe timpul internării și folosirea cu grijă și corectă a instalațiilor electrice sau sanitare la dispoziție, în caz contrar, aparținătorii au obligația plății daunelor produse spitalului de către copil, aparținător sau vizitator.

h) Este interzisă aducerea de acasă de aparatură electrică de către aparținători pentru a fi folosită în incinta spitalului, cum ar fi fierbătoare electrice, sterilizatoare de uz personal, televizoare, etc.

i) Pe timpul internării, pacienții și aparținătorii (mamele) vor purta ținuta proprie (pijama, capot) sau cea asigurată de spital iar lenjerie de pat utilizată va fi doar cea a spitalului.

j) Telefonul mobil va fi utilizat pe modul „ silențios ” și se interzice folosirea telefonului mobil în încăperile cu tehnică medicală precum și în timpul vizitei echipei medicale în salon.

k) Este interzisă cu desăvârșire pe perioada spitalizării fotografierea și filmarea de către aparținători cu telefonul mobil sau orice alt aparat special.

l) Continuarea efectuării tratamentului la domiciliu (după externare), conform recomandării medicului curant. Să prezinte medicului de familie biletul de ieșire din spital și scrisoarea medicală primite la externare.

m) Să respecte personalul spitalului și regulile de ordine interioară ale unității aflate la locuri vizibile.

n) În spital sunt interzise cu desăvârșire: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, jocurile de noroc;

o) Programul de servire a mesei este afișat la avizierul secției..

p) Discuțiile purtate de către vizitatori și aparținători în spital vor fi făcute pe ton calm și în liniște, fără a perturba pe ceilalți pacienți și nici personalul medical.

q) Pe timpul contravizitei, dacă este necesar să se efectueze o manevră medicală, aparținătorii vor evacua salonul, asigurând în acest fel desfășurarea în condiții optime a actului medical.

(3) Obligatiile aparținătorilor / pacienților, pe timpul consultului ambulatoriu, sunt:

- a) Să prezinte medicului curant toate actele necesare, să ia la cunoștință de prevederile Regulamentul de ordine interioară al pacienților / aparținătorilor și să semneze Acordul pacientului informat, în caz contrar asumându-și consecințele.
- b) Să respecte regulile de igienă și să trateze cu maximă seriozitate conduita terapeutică, cooperarea la tratament și informațiile medicului / asistentei în legătură cu evoluția stării de sănătate a copilului.
- c) Să mențină integritatea bunurilor din patrimoniul ambulatorului 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 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 pe perioada în care se află în perimetrul ambulatorului 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 medical și regulile de ordine interioară ale unității afișate la avizierul ambulatorului.
- 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, tulburarea liniștii și orice manifestare necuviincioasă sau neadecvată. Nemulțumirile vor fi aduse la cunoștință pe un ton adecvat și imediat ce este posibil medicului (personalul sanitar), 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 ordinii.

(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 Regulamentul 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/apartinătorii trebuie să însoțească copilul la investigațiile radiologice și imagistice, pentru asigurarea confortului/sustinerii/îmbilizării acestuia, după caz, și să respecte instrucțiunile personalului din laborator pentru desfășurarea procedurilor în condiții de siguranță.

(7) Parintii/apartinătorii 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 frigiderul pentru aparținători, este interzisă pastrarea alimentelor pentru sugari, inclusiv a laptelui matern. În aceeași idee, pentru a nu se genera un risc de infecție, se interzice recoltarea și pastrarea pe secție a laptelui 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 ultimile 12 luni.

CAPITOLUL X Dispoziții finale

Art. 77. – (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 cunoștința întregului personal din cadrul

spitalului, pe baza de semnătură, după aprobarea acestuia ce către Comitetul Director si Consiliul Județean Galați/Manager.

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

Art. 78. – (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,

Ec.Costin Angelica



ELABORAT,

Sef Birou RUNOS,

Expert legislația muncii Chiriță 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.În temeiul 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” Galați¹⁹ a aprobat înființarea *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*²⁰, 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 01.07.03.02.02²¹ 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*.

¹⁹Denumit în continuare: *Spitalul*

²⁰Denumită în continuare: *Comisie*

²¹Implementarea 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 cărora: ”Actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unitățile sanitare care doresc să se acrediteze, în condițiile legii”.

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

Nr. crt.	Calitatea avută în Comisie	Personalul care încadrează funcții de șefi, înlocuitori, este împuternicit/delegat sau coordonează următoarele microstructuri :	Înlocuitor desemnat de șefii / coordonatorii de microstructuri
1.	Președinte	Director medical	
2.	Membru	Șef RUNOS	Are si calitatea de responsabil SSM
3.	Membru	Compartiment securitate, sănătate în muncă	SSM – nu este in organigrama - atributiiSef Birou RUNOS
4.	Membru	Asistență juridică	Serviciu externalizat-farainlocuitor
5.	Membru	Birou comunicații și informatică	Serviciu externalizat
6.	Membru	Compartimentul de evaluare și statistică medicală	
7.	Membru	Financiar-contabil	
8.	Membru	Serviciu Administrativ	
9.	Membru	Camera de gardă	
10.	Membru	Secția Clinica Boli Inf I	
11.	Membru	Secția Clinica Boli Inf. II	
12.	Membru	Secția Clinica Dermatologie	
13.	Membru	Compartimentul de supraveghere, prevenire si limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale	
14.	Membru	Laboratorul de analize medicale	
15.	Membru	Laboratorul radiologie și imagistică medicală	Asistenta+Medic cu contract prestari servicii
16.	Membru	Unitatea de transfuzie sanguină	
17.	Membru	Spitalizare de zi Boli Infectioase HIV SIDA-Dermatologie-ITS	
18.	Membru	Farmacia cu circuit inchis	
19.	Membru	Ambulatoriul integrat	
20.	Membru	Sterilizare	Asistent medical
21.	Secretar	Serviciul managementul calității serviciilor medicale	

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 B.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 B.M.C.S.S. în atingerea obiectivelor / activităților care privesc: reacreditarea 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 B.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 B.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 B.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 monitorizarea 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 B.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/ aparținătorii;

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 B.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 B.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*²² nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), *Comisia* pune la dispoziția B.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:

- 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 post vizită 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 obiecțiilor 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;

²²Denumită în continuare: *C.E.*

- 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 B.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.²³

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 în cadru / 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;

- _____ 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:

²³Bază: 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)

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 președinte 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 preveniri IAAM;

c) Propune și analizează suma estimativă/existentă (defalcat) 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 material esanitare 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” Galati

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” Galati

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. Componența comisiei de monitorizare este formată din toți șefii /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.

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 revizuiți 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 desfășurarea a cestora;
- 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/operaționale în Registrul pentru evidența procedurilor de sistem/operaționale, 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 încadrul 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, semnaleză apariția unor noi riscuri și fac propuneri în sensul diminuării acestora sau al exploatării 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 implementare a 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 spital²⁴

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 clinica boli infecțioase I ;
- _____șef secție clinica boli indfecțioase II;
- _____șef sectie clinica dermatologie
- _____șef farmacie;
- _____sef interimar laborator analize medicale
- _____laborator radiologie și imagistică medicală
- _____coordonator Camera de garda
- _____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;

²⁴Bază: 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 - Managementu l activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical), anexă la Ordinul președintelui ANMCS nr. 8/2018;

- 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:
 - i. Resurse bibliografice identificate în mod clar (ghiduri naționale și europene în domeniu (ex. ESA, ASA, NICE), UpToDate – actualizate, jurnale internaționale de referință, CochraneLibrary 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.
- g) La solicitarea Consiliului medical întocmește analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.

Anexa nr.5

(Art. 60 din Regulament)

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” Galati înscrisă și în conformitate cu *O.M.S. nr. 1101 din 07.10.2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitarea 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 Clinica Boli infecțioase I
- _____ Șef Secție Clinica Boli Infecțioase II
- _____ Șef Secție Clinica Dermatologie
- _____ Șef farmacie
- _____ Șef laborator analize medicale
- _____ Coordonator UTS
- _____ Coordonator Spitalizare zi

2. Reglementarea activității Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase “Sf. Cuv. Parascheva” Galati 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” Galati;

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 Precauțiilor 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 atribuții²⁵:

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

²⁵Bază: 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)”.

Anexa nr.6

(Art. 61 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Consiliului etic²⁶

1. Reglementarea activității Consiliului etic la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase “Sf. Cuv. Parascheva” Galati 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” Galati

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” Galati.

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 atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice*²⁷.

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 sesiunile 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.

²⁶Bază: 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;

²⁷Denumit în continuare: Ordinul 1502/2016

2. Consiliul etic se întrunește lunar sau, ori de câte ori apar noi sesizări ce 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, prevazute în legislația specifică;
- ii. Încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar, prevazute în legislația specifică;
- iii. Abuzuri săvârșite de către pacienți sau personalul medical asupra personalului medico-sanitar și auxiliar, prevazute 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 infrațiuni, 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 vacantarea 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 Consiliului 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 înainte de ședințele;
- 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 îmbunătățire a activității Consiliului sau spitalului și le supune aprobării Consiliului etic;
- l) Intocmește 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 nici una 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 lefuncții:

Președinte comisie: _____ șef farmacie;

Membri comisie:

- _____ Director medical si coordonator Camera Garda
- _____ Medic Sef Secția Clinica boli infecțioase I;
- _____ Medic Sef Secția Clinica boli infecțioase II;
- _____ Medic Sef 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:

- 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);
- 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;
- 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;
- propriile criterii de prioritizare în achiziția medicamentelor și a materialelor sanitare;
- prețurile estimative ale medicamentelor (conform CaNaMed) și ale materialelor sanitare puse la dispoziție de către șeful Secției farmacie;
- suma estimativă/existentă (defalcat) 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 material sanitar și analiza lor;
- u) Pentru medicamentele și materialele sanitare nou apărute pe piață procedeză la implementarea acestora în terapie în măsura în care acest lucru se consideră 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.
- d) Stabilirea unei liste de medicamente și material sanitar de bază (critice), obligatorii și a stocului minim acceptat pentru acestea, care să fie în permanență accesibilă în farmacia spitalului.

Anexa nr.8

(Art. 63 din Regulament)

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 necesară 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..

8. 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. _____ Sef 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.sef sectia clinica I - membru
2. _____ asistent sef sectia 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.

7. 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.

Anexa nr.10

(Art. 65 din Regulament)

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 coli infecțioase II
 - _____ șef secție clinică DV;
 - _____ coordonator Camera de Garda.;

 - Secretar comisie _____ asistent medical

2. Comisia de analiză a decesului își desfășoară activitatea cu respectare a 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.

Anexa nr.11

(Art. 66 din Regulament)

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.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, 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” Galati se constituie și funcționează **Comisia de tranfuzii și hemovigilență**.

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

- _____ director medical;
- _____ delegat al Centrul de Transfuzie Sanguina Galati;
- _____ coordonatorul Unității de transfuzie sanguine din spital;
- _____ șef secția clinica boli infecțioase I ;
- _____ șef secție clinica boli indfecțioase II;
- _____ șef sectie clinica dermatologie
- _____ sef laborator analize medicale;
- _____ șef farmacie;
- _____ reprezentat 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 calității 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).

h) Stabilește documentele aferente activității de transfuzie sanguină în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat, după caz²⁸.

²⁸Bază: indicatorul „02.13.02.02.01-Comisia de transfuzie și hemovigilență a stabilită documentele în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnare a 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;

Anexa nr.12

(Art. 67 din Regulament)

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” Galati 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 șef Secție Clinica Boli Inf.I;
 - _____ medic șef Secție Clinica Boli Inf.II;
 - _____ medic șef 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 există 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;

d) 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 **Comisii 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, biochimici și chimiști:

- *O.M.S. 869/2015 pentru aprobarea metodelor privind organizarea și desfășurarea concursurilor de ocupare a posturilor de medic, medic dentist, farmacist, biolog, biochimist și chimist din unitățile sanitare publice, precum*

și a funcțiilor de șef de secție, șef de laborator și șef de compartiment din unitățile sanitare fără paturi, respectiv a funcției de farmacist-șef în unitățile sanitare publice cu paturi, cu modificările și completările ulterioare;

5. Comisii de concurs, comisii de promovare a personalului precum și comisii de soluționare a contestațiilor:

- *Hotărârea de Guvern nr. 286/23.03.2011 pentru aprobarea “Regulamentului-cadru privind stabilirea principiilor generale de ocupare a unui post vacant sau temporar vacant corespunzător funcțiilor contractuale și a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar platit 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 Ciclu 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 lefuncții:

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 respectare 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 protoalelor 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 înaintea 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. Însușirea în care nu se întrunește numărul minim de membri descris la alin. 1, președintele Grupului de lucru stabilește o dată ulterioară pentru desfășurarea ședinței, care să permit prezența numărului minim de membri agreed 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 personal din cadrul spitalului.

11.2. Pentru selectarea amenințărilor ce urmează a fi gestionate încadrul 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**

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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati, 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati

22. Documentele elaborate de Grupul de lucru vor fi înregistrate la registratura Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati;
- 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati

- necesitatea cooperării în instituționale 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:				
<ul style="list-style-type: none"> - 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) ²⁹	Impactul în situația materializării riscului ³⁰ (I)	Nivel de expunere la risc (P x I)	Prioritatea de intervenție (1, 2 sau 3) ³¹

²⁹Se acordă o valoare de la 1 la 3 conform Anexei nr. 3 la dispoziție.

³⁰Se acordă o valoare de la 1 la 3 conform Anexei nr. 4 la dispoziție.

³¹Prioritatea 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)	RIDICAT 3	3 VERDE	6 GALBEN	9 ROȘU
	MEDIU 2	2 VERDE	4 GALBEN	6 GALBEN
	SCĂZUT 1	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 Biroului managementului calității și serviciilor de sanatate

Reglementarea activității B.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati are ca principale scopuri:

a) Adecvarea activităților desfășurate de către personalul B.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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati

b) Se asigură posibilitatea tuturor angajaților spitalului de a lua act de locul, rolul, importanța și activitățile desfășurate de către personalul B.M.C.S.S. în cadrul Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 B.M.C.S.S. în contextul în care angajații Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati nu au cunoștință de activitățile pe care le desfășoară B.M.C.S.S.;

ii. Incertitudinea în ceea ce privește delimitarea clară a activităților desfășurate de către B.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 .

Biroul managementul calității serviciilor de sanatate este subordonat direct managerului spitalului, 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 B.M.C.S.S. la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Cuv. Parascheva” Galați³² este prevăzut în Anexa nr.16 la prezentul Regulament.

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

a) Șef-birou;

b) Medic ;

c) Referent de specialitate;

3. B.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 B.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 B.M.C.S.S.

4. Pentru realizarea obiectului său de activitate, B.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

³²Bază: Indicatorul ”01.07.01.02.02 – Activitatea S.M.C. estereglementată” 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;

sistemul de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati

e) Asigurarea instruirii și informării permanente a personalului din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati la organizarea și desfășurarea activității de audit clinic;

l) Coordonarea și participarea, alături de alte structuri din Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati la organizarea și desfășurarea procesului de management al riscurilor;

m) Asigurarea consilierii conducerii Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 ambiantal (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 înscrisurile 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 B.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 B.M.C.S.M. 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, B.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. B.M.C.S.M. de la nivelul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sf.Cuvioasa Parascheva" Galați este condusă de către un șef de birou 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 B.M.C.S.S.;
- c) Analizează și avizează procedurile interne ale B.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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati
- 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati
- 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati
- i) Elaborează și înaintează spre aprobare managerului Spitalului Clinic de Boli Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf. Cuv. Parascheva” Galati 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 Infectioase “Sf.Cuvioasa Parascheva” Galati;
- 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 indesezirabile;
- 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:
- 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 nouapărute, care privesc sau au legătură cu managementul calității serviciilor medicale;

o 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;

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 B.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 B.M.C.S.M. sunt următorii:

- a) Gradul de îndeplinire în termenele legale al activităților necesar a fi desfășurate de către B.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 B.M.C.S.S. pe parcursul unui an calendaristic;
 - c) Activitățile desfășurate de către B.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 B.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 înscriși anual în planul de management al calității serviciilor de sănătate elaborat de către B.M.C.S.S. împreună cu Consiliul medical.

Anexa nr.17

(Art. 72 din Regulament)

Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de coordonarea implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților;

1. În temeiul 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 _____³³ a aprobat înființarea *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*³⁴, 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 annual prin decizie a managerului Spitalului.

1.2. Înființarea la nivelul *Spitalului* a *Comisiei*, se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02³⁵ 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*.

2. *Comisia este formată din* personalul nominalizat prin OZU care încadrează funcții de șefi, este împuternicit/delegat sau coordonează următoarele microstructuri:

- **președinte:** Director medical;
- **membrii:**
 - Șef RUNOS;
 - Birou comunicații și informatică;
 - Birou achiziții și contractări;
 - Asistență juridică;
 - Financiar-contabil;
 - Compartiment securitate, sănătate în muncă și protecția mediului, supraveghere tehnică și metrologie legală;
 - Serviciu de evaluare și statistică medicală;
 - Unitatea de transfuzii sanguine;

³³ Denumit în continuare: *Spitalul*

³⁴ Denumită în continuare: *Comisie*

³⁵ Implementarea 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 căroră: "Actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unitățile sanitare care doresc să se acrediteze, în condițiile legii".

- Compartiment primiri urgențe;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Secția _____;
 - Spitalizare de zi;
 - Laboratorul analize medicale;
 - Laboratorul radiologie și imagistică medicală;
 - Serviciul anatomie patologică;
 - Compartimentul prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - Farmacie;
 - Ambulatoriul integrat;
 - Administrativ.
- **secretar:** Șeful biroului managementul calității serviciilor medicale³⁶.

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*.

Atribuțiile și responsabilitățile *Comisiei* **sunt următoarele:**

ee) 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;

ff) 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;

gg) 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;

hh) 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);

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

³⁶ Denumit în continuare: B.M.C.S.M.

jj) 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;

kk) Prin membrii săi, pune la dispoziția B.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;

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

mm) 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;

nn) Pune la dispoziția B.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;

oo) Propune anual sau ori de câte ori se constată necesar B.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;

pp) Sprijină B.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 monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului*";

qq) 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;

rr) 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;

ss) 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 cercetare a 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;

tt) 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;

uu) Analizează anual propunerile formulate de către B.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;

vv) 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/ aparținătorii;

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

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

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

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

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

bbb) 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;

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

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

eee)

- 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;

fff) În perioada de previzită din etapa de de evaluare (coordonată de către *Comisia de evaluare a spitalului*³⁷ nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), *Comisia* pune la dispoziția B.M.C.S.S., toate documentele/informațiile necesar a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);

ggg) 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:

- 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 aplice eventualele situații tensionate determinate de vizita *C.E.*

hhh) În perioada de postvizită din etapa de 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 obiecțiilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

iii) 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:

- e) creșterea calității serviciilor și siguranței pacienților;
- f) implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital;

³⁷ Denumită în continuare: C.E.

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

h) 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 B.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*.