

ACT ADITIONAL I
Regulament de Ordine Interioara
29.12.2016

Art.1. Se adauga urmatorul capitol si urmatoarele articole si Avizul Consiliului de Etica:

Art.79^- Biroul Managementul Calitatii Serviciilor Medicale emite analize, propuneri, strategii, coeficienti de performanta;
- participa la crearea de proceduri, protocoale, referate, regulamente, decizii.
- auditeaza toate rectoarele unitatii

CAP. 15 ALTE REGLEMENTARI

Art. 105. Atributiile Consiliului Medical privind ingrijirea pacientilor in echipe multidisciplinare:

Medicul sef de compartiment/sectie are obligatia de a coordona si de a controla acordarea cu prioritate a consultatiilor interdisciplinare.

Art. 106. Atributii privind gestiunea dosarului pacientului:

-pe perioada spitalizarii medical curant raspunde de dosarul pacientului/FOCG
-dupa externarea pacientului dosarul acestuia se preda la biorul externari iar apoi la sfarsitul anului, la arhiva, responsabilitatea arhivarii revenind arhivarului.

Art.107. Responsabilitati privind anuntarea apartinatorilor in legatura cu decesul pacientului:

- medicului curant anunta telefonic sau verbal apartinatorii de moartea pacientului
-medicul curant consemneaza in Foaia de observatie data si ora decesului si anuntarii apartinatorilor.

Art.108. Responsabilitati privind imbunatatirea calitatii serviciilor hoteliere si medicale:

Comitetul director are urmatoarele atributii:

- preia, analizeaza si aproba, prin reprezentant, toate procedurile si propunerile de modificare si actualizare a activitatii medicale facute de Structura de Management a Calitatii a unitatii
- elaboreaza planul de dezvoltare al Institutului,
- elaboreaza, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al Institutului;
- propune spre aprobare si urmareste implementarea de masuri organizatorice privind imbunatatirea calitatii actului medical, a conditiilor de cazare, igiena si alimentatie, precum si de masuri de prevenire a infectiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice;
- analizeaza propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare presedintelui;
- asigura monitorizarea si raportarea indicatorilor specifici activitatii medicale, financiari, economici. precum si a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire si control, pe care le prezinta conducerii, conform metodologiei stabilite;

- analizeaza, la propunerea consiliului medical, masurile pentru dezvoltarea si imbunatatirea activitatii unitatii, în concordanta cu nevoile de servicii medicale ale populatiei, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor si protocoalelor de practica medicale;
- la propunerea consiliului medical, întocmeste, fundamenteaza si prezinta spre aprobare conducerii planul anual de achizitii publice, lista investitiilor si a lucrarilor de reparatii curente si capitale care urmeaza sa se realizeze într-un exercitiu financiar, în conditiile legii, si raspunde de realizarea acestora;
- analizeaza, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligatiilor asumate prin contracte si propune managerului masuri de îmbunatatire a activitatii institutului;
- deciziile si hotarârile cu caracter medical vor fi luate avandu-se în vedere interesul si drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminarea între pacienti, respectarea demnitatii umane, principiile eticii si deontologiei medicale .

Contabil contabil:

-pe baza rapoartelor si propunerilor compartimentelor / sectiilor întocmeste si prezinta studii privind optimizarea masurilor de buna gospodarie a resurselor materiale si banesti, de prevenire a formarii de stocuri peste necesar, în scopul administrarii cu eficienta maxima a patrimoniului unitatii si a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale.

Art. 109. Gestiunea Datelor Si Informatiilor Medicale

Functia de gestiune a datelor si informatiilor medicale se refera la centralizarea, administrarea, protejarea si asigurarea back- up-ului datelor atât cu caracter general cat si cele cu caracter confidential.

Acest lucru se realizeaza prin metode specifice, având ca suport atât partea structurala organizatorica - infrastructura IT, proceduri de lucru departamentale, proceduri legate de securizarea confidentialitatii datelor cat si partea de management - organizare a modului de lucru prin stabilirea unor ierarhii administrative ce definesc accesul unic al fiecarui utilizator la datele solicitate .

Responsabilul privind gestiunea datelor este specific fiecărei activitati operationale. Astfel, responsabilul statistica este responsabil pentru procesarea in buna regula a datelor centralizate precum si limitarea accesului fizic la datele respective, seful de sectie este responsabil cu confidentialitatea datelor mentionate in FOCG, iar angajatul raspunzator de suportul IT fiind in masura sa gestioneze datele cat si fluxul acestora din punct de vedere hardware si software.

Instalarea unor programe neautorizate este interzisa. Acestea pot fi sterse fara preaviz si se pot lua masuri administrative pentru abateri repetate.

Pe fiecare calculator cu mai multi utilizatori se va crea o structura de directoare (= folder) care sa raspunda situatiei (fiecare utilizator va avea un director personal, pe care îl va administra cum crede de cuviinta, cu oricâte directoare subordonate);

Fiecare utilizator este obligat sa retina parolele care îi sunt comunicate (fiindu-i necesare), sa nu le divulge si sa ia toate masurile pentru a nu fi deconspirate persoanelor neautorizate. Accesarea unor zone (directoare, discuri, fisiere) pentru care o persoana nu este autorizata, fie ca ele sunt criptate sau nu, este interzisa. Folosirea unor programe de spargere a codurilor este strict interzisa, fie si experimental, plasându-se sub incidenta legilor de protectie a copyright-ului.

Stergerea voluntara a unor fisiere sau directoare, fara autorizare, este o abatere foarte grava, pasibila cu sanctiuni administrative severe.

Bazele de date de interes institutional sunt proprietatea Institutului si se supun legilor proprietatii. La aceste informatii au acces numai angajatii Institutului.. Înstrainarea

neautorizata a unor astfel de date, indiferent sub ce forma (listare hârtie sau electronica), va fi considerata furt si va fi tratata ca atare.

Utilizarea datelor din bazele de date ale Institutului pentru publicare trebuie sa primeasca autorizarea expresa a presedintelui, indiferent de publicatia în care vor fi folosite.

Modificarea unor înregistrari se poate face numai cu avizul sefului de sectie si numai pentru motive întemeiate (de ex. înregistrare gresita).

Responsabilul IT al Institutului raspunde de pastrarea unor arhive periodice, care sa permita reconstituirea evolutiei informatiei. Aceste arhive se vor realiza pe CD si HDD extern..

Alaturi de arhivele periodice de interes public, se vor copia pe CD si HDD extern si fisiere private.

Ele vor fi copiate în directorul [...], sub un sub-director purtând numele autorului (sau sectiei, daca materialele sunt de interes comun). Autorii fisierelor își pastreaza exclusivitatea drepturilor. Pentru siguranta, se recomanda arhivarea cu parola (WinZip are facilitati în acest sens).

Art. 110. Program de deratizare, dezinsectie si dezinfectie pe salon/spital

Legislatia in vigoare stipuleaza in mod clar importanta si periodicitatea lucrarilor de dezinsectie si deratizare, precum si consecintele neefectuării lor. Avem obligatia legala de a avea un contract in vigoare, pentru serviciile de Dezinsectie, Deratizare si Dezinfectie.

Dezinsectia si deratizarea reprezinta actiuni de prevenire a unor boli transmisibile prin intermediul insectelor si rozatoarelor, fiind deja cunoscut ca a preveni este mai usor decat a combate. In plus, prezenta insectelor si a rozatoarelor prezinta si un discomfort apreciabil.

Dezinsectia si deratizarea se realizeaza cel putin o data pe trimestru.

Dezinfectia se realizeaza zilnic.

Art. 111. Program orar de curatenie a saloanelor si rezervelor si a anexelor sanitare ale acestora

Programul orar de efectuare a curateniei si dezinsectiei este urmatorul :

In saloane si rezerve curatenia si dezinfectia curenta se efectueaza:

- a) in tura I intre orele 7:00 - 9:30 si ori de cate ori este nevoie
- b) in tura II intre orele 15:00 – 16:30 si ori de cate ori este nevoie
- c) in tura III ori de cate ori este nevoie
- d) dezinfectia ciclica se face lunar/la externarea pacientului
- e) Dezinfectia terminala se face in situatiile de risc epidemiologie

In sala de mese curatenia si dezinfectia curenta se efectueaza:

- a) in tura I intre orele 9:00 – 9:30 si ori de cate ori este nevoie
- b) in tura II intre orele 14:00 - 15:00 si 19:30 – 20:30 si ori de cate ori este nevoie
- c) in tura III ori de cate ori este nevoie
- d) dezinfectia ciclica se face saptamânal si la necesitate

In grupurile sanitare din saloane si rezerve curatenia si dezinfectia curenta se efectueaza concomitent cu orarul de curatenie din saloane si rezerve:

- d) in tura I intre orele 7:00 - 9:30 si ori de cate ori este nevoie
- e) in tura II intre orele 15:00 – 16:30 si ori de cate ori este nevoie
- f) in tura III ori de cate ori este nevoie
- f) dezinfectia ciclica se face lunar/la externarea pacientului
- g) Dezinfectia terminala se face in situatiile de risc epidemiologie

In holuri si scari si grupurile sanitare de pe hol curatenia si dezinfectia curenta se efectueaza:

- a) in tura I intre orele 8:00 – 8:30, 10:00 – 10:30, 12:00 – 12:30 si ori de cate ori este nevoie
- b) in tura II intre orele 16:00 – 16:30, 19:00 – 19:30 si ori de cate ori este nevoie

c) in tura III intre orele 22:00 – 22:30 si ori de cate ori este nevoie

d) dezinfectia ciclica se face saptamânal si la necesitate

In vestiare curatenia si dezinfectia curenta se efectueaza:

a) in tura I intre orele 9:00 – 9:30 si ori de cate ori este nevoie

b) in tura II intre orele 15:00 – 15:30 min si ori de cate ori este nevoie

c) in tura III intre orele 21:00 – 21:30 min si ori de cate ori este nevoie

d) dezinfectia clicica se face saptamânal si la necesitate

In salile de tratament curatenia si dezinfectia curenta se efectueaza:

a) in tura I intre orele 7:00 – 7:30, 09:30 – 10:00, 14:00 – 14:30 si ori de cate ori este nevoie

b) in tura II intre orele 18:00 – 18:30 si ori de cate ori este nevoie

c) in tura III intre orele 22:00 – 22:30 si ori de cate ori este nevoie

d) dezinfectia ciclica se face saptamânal si la necesitate

Art. 112. Ritm de schimbare lenjerie:

-1 pe zi

-saloane recuperare medicala : 1 data la 3 zile la acelasi pacient.

Art. 113. Intretinerea spatiilor verzi si a cailor de acces

- întretinerea spatiilor verzi si a cailor de acces se face de catre muncitorul incadrat in spital cu sarcini specifice in fisa postului.

- Programul zilnic al muncitorului care are ca atributii intretinerea spatiilor verzi si a cailor de acces este de 8 ore in intervalul orar 7-15

Art. 114. Accesul neingradit al pacientilor/apartinatorilor si vizitatorilor la registrul de sugestii, reclamatii si sesizari

Este reglementat de REGULAMENTUL cu privire la modul de gestionare a Registrului de reclamatii

1. Prezentul Regulament stabileste modul de înregistrare în Registrul de reclamatii a pretentiilor si reclamatiiilor pacientilor/apartinatorilor si vizitatorilor, aparute si de tinere a acestuia de catre Institut.

2.Pacientii, apartinatorii si vizitatorii acestora au acces neingradit la registrul de sugestii, reclamatii si sesizari. In sectie exista un registru de sugestii reclamatii si sesizari care se gaseste la asistenta sefa. Pacientii, apartinatorii sau vizitatorii acestora in situatia in care au o sugestie sau o nemultumire vor aduce la cunostinta acest lucru asistentei de salon care le va sugera sa mentioneze opinia dumnealor in scris, in registrul de sugestii reclamatii si sesizari sau o vor introduce in cutia special amenajata si amplasata in loc vizibil, pe holul de la intrarea principala in spital. Verificarea cutiei are loc saptamanal, luni dimineata.

3.Registrul de sugestii, reclamatii si sesizari va fi luat de la asistenta sefa de catre asistenta de salon si va fi pus la dispozitia bolnavului sau apartinatorului care si-a exprimat dorinta de face o reclamatie sau sugestie. Dupa ce bolnavul sau apartinatorul completeaza in registru sugestia sau reclamatia mentionandu-si numele si semnând petitia facuta (in general nu pot fi luate in considerare reclamatiiile anonime) asistenta de salon înapoiaza registrul de sugestii, reclamatii si sesizari asistentei sefe care, la rândul ei il va prezenta la raportul de garda pentru a se lua masurile necesare pentru inlaturarea nemultumirilor pacientilor.

4.Sugestiile facute de pacienti, apartinatori si vizitatori vor fi analizate de medicul sef al sectiei

împreuna cu colectivul medical pentru a creste calitatea îngrijirilor medicale. Reclamatiiile si

sesizarile vor face obiectul comisiei de reclamatii si sesizari.

5.Comisia este obligata, lunar sau imediat la sesizare, in primele 2 zile, sa inscrie si sa examineze reclamatii înscrise în Registrul de reclamatii, sa le analizeze dpdv al realitatii datelor sesizate si sa ia masurile necesare.

6.Pe versoul reclamatiei se face o nota despre masurile întreprinse si, în termen de cinci zile,

trimite, în mod obligatoriu, un raspuns în scris reclamantului daca se cunoaste identitatea.

7.Reclamatiiile si sesizarile cu privire la activitatea medicilor fac obiectul Consiliului de Etica.

8.Se interzice scoaterea Registrului de reclamatii sau a cutiei din incinta unitatii.

9. Registrul de reclamatii este un document de stricta evidenta si nu poate fi anulat pîna la completarea lui integrala. Dupa completare el se pastreaza în cadrul unitatii un an de zile, apoi se anuleaza în temeiul actului de lichidare.

În cazul în care nu este completat integral în decursul anului, Registrul ramîne în vigoare pentru anul urmator.

Art. 115. Implicarea apartinatorilor la ingrijirea unor categorii de bolnavi

In cazul pacientilor în stare critica, familia poate solicita prezenta permanenta lânga pacient a unui singur membru de familie, cu acordul medicului curant, daca conditiile din sectie

(spatiul unde este internat) permit acest lucru. In caz contrar, se va asigura accesul familiei periodic la pacient, asigurându-se un spatiu adecvat de asteptare, în apropierea salonului.

In cazul pacientilor internati care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate, accesul unei persoane din familie poate fi permanent.

Art. 116. Prevederi privind sectoarele si zonele interzise accesului public

Circuitul vizitatorilor si însotitorilor in incinta institutului este foarte important deoarece pot reprezenta un potential epidemiologic crescut prin frecventa purtatorilor de germeni si prin

echipamentul lor posibil contaminat.

Vizitarea bolnavilor se va face numai în orele stabilite de conducerea institutului in conformitate cu normele legale.

In situatii epidemiologice deosebite, interdictia este generala pentru perioade bine determinate, la recomandarea Directiei de Sanatate Publica a judetului.

In timpul vizitei, vizitatorii vor purta un echipament de protectie primit la intrarea in sectie si care va fi îndepartat la iesire. Este bine sa se realizeze controlul alimentelor aduse bolnavilor si returnarea celor contraindicate.

Circuitul însotitorilor este asemanator cu cel al bolnavilor. Circulatia însotitorilor în spital trebuie limitata numai la necesitate.

Se interzice accesul vizitatorilor si apartinatorilor in Arhiva, Camera Centralei termice, locul de depozitare a deseurilor.

Art. 117. Reglementari interne specifice privind pastrarea anonimatului pacientului si confidentialitatii, obligativitatea respectarii drepturilor pacientilor

-Toti angatii au obligatia de a respecta drepturile pacientilor.

-Toate informatiile privind starea pacientului, rezultatele investigatiilor, diagnosticul, prognosticul,

tratamentul, datele personale sunt confidentiale chiar si dupa decesul acestuia.

-Informatiile cu caracter confidential pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își da consimtamântul explicit sau daca legea o cere în mod expres.

-În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicate în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

-Pacienții au drept de acces la dosarele lor medicale, la înregistrările tehnice și la orice alte dosare care au legătură cu diagnosticul, tratamentul și îngrijirile primite sau cu parti din acestea. Un astfel de acces exclude date referitoare la terți;

-Pacienții au dreptul să ceară corectarea, completarea, stergerea, clarificarea și/sau aducerea la zi a datelor personale și medicale referitoare la ei și care sunt incorecte, incomplete, ambigue sau depășite sau care nu sunt relevante pentru diagnostic, tratament și îngrijiri;

-Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care aceasta imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

-Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

-Interviul psihiatric trebuie făcut doar cu respect adecvat pentru viața privată a individului. Aceasta înseamnă că se poate face doar în prezența acelor persoane care sunt necesare pentru interviu și doar dacă pacientul își dă consimțământul.

-Pacienții internați în instituțiile de sănătate au dreptul să se aștepte la facilități fizice care asigură confidențialitatea, mai ales atunci când furnizorii de servicii de sănătate le oferă îngrijiri personale sau execută examinări și tratamente.

-Excepții de la regula secretului medical:

1. Desi secretul medical este obligatoriu, interesul societății primează față de interesul personal. Este permisă, asadar, dezvăluirea unor informații a caror cunoaștere este importantă în vederea prevenirii și combaterii epidemiilor, bolilor venerice, bolilor cu extindere în masă etc.
2. Nu constituie o abatere situația în care legea sau o curte judecătorească obligă medicul să dezvăluie aspecte cuprinse în secretul medical. Poliția sau procuratura nu pot înlocui decizia judecătorească.

Art. 118. (1) Circuitul Foi de observatie – fișa pacient de la internare (FO) până la externare

FO este un document pentru înregistrarea stării de sănătate și evoluției bolii pentru care au fost internați pacienții respectivi și a serviciilor medicale efectuate acestora în perioada spitalizării.

În momentul internării pacientului, personalul din recepție completează datele în FO.

Odată completate datele mai sus menționate, pacientul se transportă la compartimentul medical, însoțit de FO unde se specifică: diagnosticul de internare reprezentând afecțiunea de bază pentru care pacientul primește servicii spitalicești - se codifică după Clasificarea Internațională. Medicul curant notează în FO intervențiile medicale realizate.

La externarea pacientului, întreaga documentație va fi completată de către medicul curant. După externarea pacientului FO este predată la Arhivă de către asistenta de tură.

(2) Regulament privind regimul de păstrare a FO a pacientului în perioada spitalizării

Foile de observatie sunt păstrate în siguranță, cu respectarea secretului profesional, în locuri special amenajate și securizate atât la recepție, cât și în cadrul compartimentului medical.

(3) Accesul pacientului la FO direct, prin aparținători legali, și prin intermediul medicilor nominalizați de pacient

Eliberarea unei copii a FO se face, după depunerea unei cereri, aprobată de manager.

Copia FO va fi înmănată personal, cu prezentarea BI/CI, se va semna pe formularul de cerere aprobată de Președinte, "Am primit un exemplar".

Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, în timpul spitalizării, cu acordul pacientului, dacă acesta are discernământ.

Rudele și prietenii pacientului NU POT PRIMI O COPIE A FO CG.

Institutul asigură pacientului acces la datele medicale personale pe toată durata spitalizării prin informații care vin de la medicul curant.

Art. 119. Frecvența schimbării echipamentelor de protecție

CATEGORII DE PERSONAL	ECHIPAMENT DE PROTECȚIE	PERIODICITATE DE ACORDARE / cantitate
-----------------------	-------------------------	---------------------------------------

SECȚIE
MEDICI

- halat sau costum de pinza		3 / an
- sort de protecție		2 / an
- masti		permanent
- manusi		permanent
- calota		permanent

ASISTENȚI

- halat sau costum de pinza		3 / an
- sort de protecție		2 / an
- masti		permanent
- manusi		permanent
- calota		permanent

INFIRMIERE

- halat sau costum de pinza		3 / an
- sort de protecție		2 / an
- manusi		permanent
- masti		permanent
- calota sau batic		perm. sau 2 / an

- INGRIJITOARE DE CURATENIE

- halat		1 / an
- sort de protecție		2 / an
- manusi		permanent
- masti		permanent
- batic		permanent
- cisme de cauciuc		1 / an

TESA SI DESERVIRE

halat sau jacheta din panza		2 / an
-----------------------------	--	--------

ALTE SECTOARE ADMINISTRATIVE

Art. 120. Libertatea de deplasare a pacienților în afara compartimentului

Pacientul are libertatea de deplasare în afara compartimentului medical nerestricționată, excepție perioadele de vizită medicală, carantine, necesitățile mobilizării la pat.

Art. 121. Zonele cu risc crescut, inclusiv cele cu risc epidemiologic (Harta zonelor de Risc) SALI DE TRATAMENT, RECOLTARE, PANSAMENT – risc crescut și risc epidemiologic

DEPOZIT TEMPORAR DE DESEURI PERICULOASE - risc epidemiologic

Art. 122. Eliberarea medicamentelor pe baza condițiilor destinate truselor de urgență

Baremul truselor de urgență este aprobat de directorul medical și conține medicamente de urgență specifice, respective în cantități suficiente pentru o perioadă stabilită.

În momentul utilizării trusei de urgență, asistenta sefa va întocmi un necesar de medicamente pentru completarea trusei. Necesarul este aprobat de manager. În urma aprovizionării cu medicamentele necesare, asistenta sefa completează trusa de urgență folosită.

Art.123 COMISII, COMITETE, STRUCTURI, RESPONSABILI

a) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a CONSILIULUI DE ADMINISTRAȚIE

Membrii CA sunt desemnați, la solicitarea Institutului, de către instituțiile prevăzute în Legea 95/2006.

Președintele CA este ales prin vot, de către membrii acestuia.

Secretarul CA este consilierul juridic.

Consiliul de Administrație se întrunește lunar, trimestrial sau ori de câte ori este convocat. Se întocmește Proces Verbal al ședinței și emit Hotărâri sau aproba/apostilează, prin Președinte, documentele înaintate, conf. legii.

Atribuțiile CONSILIULUI DE ADMINISTRAȚIE sunt:

- avizează bugetul de venituri și cheltuieli;
- organizează concurs pentru ocuparea funcției de Manager;
- aprobă măsuri pentru dezvoltarea Institutului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației;
- avizează programul anual de achiziții și investiții;
- analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;
- propune revocarea din funcție a directorului medical și a celorlalți membri ai comitetului director.

Consiliul de administrație se întrunește trimestrial sau ori de câte ori este nevoie.

b) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a COMITETULUI DIRECTOR

Membrii CD sunt desemnați, prin Decizie, conf. Legea 95/2006.; este compus din Directorul medical, Director Fin-Cont și Manager

Președintele CD este Managerul.

Secretarul CA este consilierul juridic.

CD se întrunește lunar, trimestrial sau ori de câte ori este convocat. Se întocmește Proces Verbal al ședinței și emit Hotărâri sau aproba/apostilează, prin Președinte, documentele înaintate, conf. legii.

Atribuțiile COMITETULUI DIRECTOR sunt:

- elaborează planul de management - strategic și analizează trimestrial modul de implementare a acestuia;
- propune, în vederea aprobării:

- a) numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
- b) organizarea concursurilor pentru posturile vacante,
 - elaborează regulamentul de organizare și funcționare, regulamentul intern și organigrama ,
 - urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de cazare, igienă , precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
 - aproba proiectul bugetului de venituri și cheltuieli, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate,
 - urmărește realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli;
 - analizează propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare,
 - asigură monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;
 - analizează, la propunerea consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicale;
 - elaborează planul de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză;
 - aproba planul anual de achiziții publice, lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii, și răspunde de realizarea acestora;
 - analizează, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate cu privire la măsurile de îmbunătățire a activității;
 - negociază, contractele de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate; răspunde în fața administratorului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin.

c) **REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a CONSILIUL MEDICAL**

CONSILIUL MEDICAL este compus din Directorul medical și Sefii de sectii si compartimente medicale
 Membrii CM sunt desemnati , prin Decizie, conf. Legii 95/2006.;

Presedintele CM este Directorul Medical.

Secretarul CA este consilierul juridic .

CM se intruneste lunar, trimestrial sau ori de cate ori este convocat. Se intocmeste Proces Verbal al sedintei si emit Hotarari si Recomandari sau aproba/apostileaza, prin Presedinte, documentele inaintate,conf. legii.

Atribuțiile CONSILIUL MEDICAL sunt:

- evaluează necesarul de servicii medicale al populației deservite și face propuneri pentru elaborarea planului de management - strategic ;
- elaborează proiectul planului anual de achiziții cu privire la achiziția de aparatură și echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare ;
- face propuneri Comitetului director în vederea elaborării Bugetului de venituri și cheltuieli;
- participă la elaborarea regulamentului de organizare și funcționare și a regulamentului intern ;
- desfășoară activitatea de evaluare și monitorizare a calității și eficienței activităților medicale desfășurate inclusiv : evaluarea satisfacției pacienților care beneficiază de servicii în cadrul

Institutului; monitorizarea principalilor indicatori de performanță în activitatea medicală, - prevenirea și controlul infecțiilor nozocomiale;

- stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală și răspunde de aplicarea și respectarea acestora ;
- înaintează managerului propuneri cu caracter organizatoric pentru îmbunătățirea activităților medicale desfășurate;
- evaluează necesarul de personal medical și face propuneri Comitetului director pentru elaborarea strategiei de personal;
- participă la întocmirea fișelor posturilor pentru întreg personalul medical angajat ;
- înaintează propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfecționare continuă a personalului medico-sanitar ;
- analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale deosebite (de ex: cazuri foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită, morți subite etc.) ;
- participă la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și alte situații speciale ;
- analizează și soluționează sugestiile, sesizările și reclamațiile pacienților tratați în Institutului, referitoare la activitatea medicală.

d) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a COMISIEI DE MONITORIZARE, COORDONARE SI INDRUMARE METODOLOGICA A DEZVOLTARII SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL

Membrii Comisiei sunt desemnati , prin Decizie a managerului.; este compus din Manager, Directorul medical, Director Fin-Cont, SMC (RMC), Sefii de sectii si compartimente ale unitatii Presedintele si Secretarul Comisiei sunt desemnati de Managerul.

Comisia se intruneste trimestrial sau ori de cate ori este convocat. Se intocmeste Proces Verbal al sedintei si emit Recomandari sau aproba/apostileaza, prin Presedinte, documentele inaintate,conf. legii.

Atributiile COMISIEI DE MONITORIZARE, COORDONARE SI INDRUMARE METODOLOGICA A DEZVOLTARII SISTEMULUI DE CONTROL MANAGERIAL sunt:

- elaboreaza programul de dezvoltare a sistemului de control managerial al untatii;
- supune aprobarii managerului programul de dezvoltare a sistemului de control managerial;
- urmareste realizarea si asigura actualizarea programului;
- urmareste constituirea structurilor pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica, precum si elaborarea programelor de dezvoltare a sistemelor proprii de control managerial ale structurilor subordonate;
- primeste, semestrial, de la structurile Institutului , informari referitoare la progresele inregistrate cu privire la dezvoltarea sistemelor/subsistemelor proprii de control managerial, in raport cu programele adoptate, precum si referiri la situatiile deosebite si la actiunile de monitorizare, coordonare si indrumare, intreprinse in cadrul acestora;
- colo unde se considera oportun, indruma structurile din Institutul, in elaborarea programelor proprii, in realizarea si actualizarea acestora, si/sau in alte activitati legate de controlul managerial;
- prezinta directoului general, informari referitoare la progresele inregistrate cu privire la dezvoltarea sistemului de control managerial, in raport cu programul adoptat, atat la nivelul untatii medicale , cat si la structurile din cadrul acestuia, la actiunile de monitorizare, coordonare si indrumare metodologica intreprinse, precum si la alte probleme aparute in legatura cu acest domeniu;
- asigura armonizarea procedurilor utilizate, in sistemul de control managerial, la nivelul structurilor Institutului, in situatia operatiunilor/activitatilor comune acestor structuri.

COMISIA se intruneste trimestrial si ori de cite ori este nevoie .

e) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a STRUCTURII DE MANAGEMENT A CALITATII

Atributiile STRUCTURII DE MANAGEMENT A CALITATII sunt:

- pregătește și analizează Planul anual al managementului calității;

➤ se asigură că procesele necesare Sistemului de Management sunt stabilite și coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității:

1.1) manualul calității;

1.2) procedurile;

2) se asigură că procesele necesare Sistemului de Management sunt implementate și menținute și conforme cu cerințele standardelor și specificațiilor internaționale;

➤ se asigură ca este menținută integritatea sistemului de management atunci când sunt planificate și implementate schimbări ale sistemului; se asigură ca procesele furnizează elementele de ieșire intenționate;

➤ coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice și a standardelor de calitate;

➤ coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor; colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității;

➤ implementează instrumente de asigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite;

➤ asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate

;

➤ asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;

➤ coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate și propune conducerii acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun; rezolvă diferite probleme legate de calitatea produselor și serviciilor și a sistemului de management;

➤ planifică și realizează auditul intern al sistemului de management, coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității; asigură generarea, colectarea informațiilor și datelor, care formează baza de cunoștințe pentru sesiunile de analiză ale managementului, incluzând nevoile de îmbunătățire;

➤ asigură aplicarea strategiei sanitare și politica de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților; se asigură că este promovată în cadrul organizației conștientizarea cerințelor clientului (pacienți, aparținători, alți medicii);

➤ asistă și răspunde tuturor solicitărilor pe domeniul de management al calității și raportează conducerii organizației la cel mai înalt nivel funcționarea, performanța sistemului de management și oportunitățile de îmbunătățire, pentru analizare și ca bază pentru îmbunătățirea acestui sistem;

➤ se asigură existența conștiinței privind calitatea în diferite arii funcționale ale organizației și realizează instruirea, angrenarea, direcționarea și susținerea continuă a angajaților în vederea promovării gândirii pe baza de proces și pe baza de risc, a îmbunătățirii continue, pentru ca acestea să contribuie la eficacitatea sistemului de management

➤ menține relația cu părți externe în chestiuni legate de sistemul de management.

Structura are o componentă multidisciplinară: Șef Structura : Responsabil IT, Membrii: Director Medical, Contabil Șef. Toți membrii structurii au și calitatea de auditor intern. Structura se întrunește trimestrial și ori de câte ori este nevoie .

f) REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE a CONSILIULUI DE ETICA

CONSILIUL se întrunește trimestrial și/sau ori de câte ori este nevoie. Consiliul emite RECOMANDĂRI către Managerul/Conducerea unității.

Președintele este ales pe 3 ani iar secretarul este numit prin Decizie de către manager.

Atribuțiile CONSILIULUI DE ETICA sunt:

➤ analizează cazurile de încălcare a normelor de conduită în relația pacient – medic – asistentă, a normelor de comportament, a disciplinei;

➤ verifică dacă, prin conduita lui, personalul medico-sanitar și auxiliar sanitar încalcă drepturile pacienților prevăzute de legislația în vigoare;

➤ sesizează organele abilitate ale statului în situațiile în care constată încălcări ale codului de deontologie medicală, ale drepturilor pacienților, precum și ale normelor de conduită profesională aprobate potrivit legii;

- analizează sesizările ce privesc plăți informale ale pacienților către personalul medico-sanitar ori auxiliar sanitar sau condiționarea exercitării actului medical de obținerea unor foloase; propune, în funcție de caz, măsuri în funcție de legalitate;
- veghează pentru respectarea, în cazurile terminale, a demnității umane și propune măsuri cu caracter funcțional pentru acordarea tuturor îngrijirilor medicale.

g) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a COMITETULUI DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ

Atribuțiile COMITETULUI DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ sunt:

- aprobă programul anual de securitate și sănătate în muncă;
- urmărește aplicarea acestui program, inclusiv alocarea mijloacelor necesare prevederilor lui și eficiența acestora din punct de vedere al îmbunătățirii condițiilor de muncă;
- urmărește modul în care se aplică și se respectă regelementările legale privind securitate și sănătatea în muncă;
- analizează factorii de risc de accidentare și îmbolnăvire profesională, existenți la locurile de muncă;
- analizează propunerile salariaților privind prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale, precum și pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă;
- efectuează cercetări proprii asupra accidentelor de muncă și îmbolnăvirilor profesionale;
- efectuează inspecții proprii privind aplicarea și respectarea normelor de securitate și sănătate în muncă;
- informează inspectoratele de protecție a muncii despre starea protecției muncii în propria unitate;
- realizează cadrul de participare a salariaților la luarea unor hotărâri care vizează schimbări ale procesului de producție (organizatorice, tehnologice, privind materiile prime utilizate, etc), cu implicații în domeniul protecției muncii;
- dezbate raportul, scris, prezentat COMITETULUI DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ de către manager cel puțin o dată pe an, cu privire la situația securității și sănătății în muncă, acțiunile care au fost întreprinse și eficiența acestora în anul încheiat precum și programul de protecție a muncii pentru anul următor; un exemplar din acest raport trebuie prezentat inspectoratului teritorial de protecție a muncii;
- verifică aplicarea normativului cadru de acordare și utilizare a echipamentului individual de protecție, ținând seama de factorii de risc identificați;
- verifică reintegrarea sau menținerea în muncă a salariaților care au suferit accidente de muncă ce au avut ca efect diminuarea capacității de muncă;
- comitetul de securitate și sănătate în muncă, asigură implicarea salariaților la elaborarea și implicare deciziilor în domeniul protecției muncii;
- coordonează măsurile de securitate și sănătate în muncă și în cazul activităților care se desfășoară temporar, cu o durată mai mare de 3 luni;
- în situația în care nu se impune constituirea comitetului de securitate și sănătate în muncă, atribuțiile specifice ale acestuia vor fi îndeplinite de responsabilul cu protecția muncii numit de angajator;
- componența, atribuțiile specifice și funcționarea comitetului de securitate și sănătate în muncă sunt reglementate prin Ordin al Ministrului muncii și solidarității sociale.

COMITETUL se întrunește trimestrial și ori de câte ori este nevoie.

h) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a COMISIEI DE DISCIPLINĂ

Atribuțiile COMISIEI DE DISCIPLINĂ sunt:

- analizează referatele cu propuneri de sancționare a oricărui membru al personalului angajat asigurând funcționarea Institutului cu respectarea legislației în vigoare;
- soluționează cazurile de nerespectare a obligațiilor de serviciu, a normelor de comportare și a regulilor de disciplină la solicitarea managerului sau la reclamația unei persoane neutre.

i) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a STRUCTURII DE PREVENIRE, SUPRAVEGHERE ŞI CONTROL A INFECTIILOR NOZOCOMIALE

Atribuțiile STRUCTURII DE PREVENIRE, SUPRAVEGHERE ŞI CONTROL A INFECTIILOR NOZOCOMIALE sunt:

- supravegheaza, previne si controleaza infectiile nosocomiale prin programe specifice si elaborarea de proceduri operationale de specialitate;
 - colecteaza si centralizeaza toate cazurile de infectii nosocomiale;
 - investigheaza toate cazurile de infectii nosocomiale si intocmeste rapoarte catre directorul medical, in care sunt stabilite responsabilitatile privind aparitia cazurilor de infectii nosocomiale; recolteaza probe de sanatate pentru cunoasterea circulatiei microorganismelor patogene de la nivelul sectiilor si compartimentelor;
 - intocmeste si definitiveaza ancheta epidemiologica a focarului epidermic si difuzeaza informatiile despre acesta;
 - supravegheaza activitatile de curatenie, dezinfectie si sterilizare prin controale igienico-sanitare si intocmeste documente in acest sens;
 - propune managerului activitati suplimentare de preventie in cazul unor situatii de risc.
- Structura se intruneste trimestrial si ori de cate ori este nevoie.

j) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a COMISIEI MEDICAMENTULUI si DE FARMACOVIGILENTA

Componenta comisiei intruneste acoperirea ambelor criterii cerute si a fost stabilita prin decizie interna a managerului astfel: sefi de sectii, farmacist sef

Comisia se intruneste trimestrial si ori de cate ori este nevoie; comisia asigura raportarile de farmacovigilenta

Functioneaza in conformitate cu:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare referitoare la Asigurarile Sociale de Sanatate;
- reglementarile in vigoare privind strategia terapeutica si activitatea de farmacovigilenta; La nivelul institutului comisia de farmaco-vigilenta este stabilita prin decizie interna a managerului.

Atribuțiile Comisiei d.p.d.v. al Farmacovigilenței si sunt urmatoarele:

1. analizeaza necesarul si consumul de medicamente si propune masuri care sa asigure tratamentul corespunzator al pacientilor cu incadrarea in cheltuielile bugetare aprobate cu aceasta destinatie;
2. monitorizarea cazurilor si a frecventei reactiilor adverse in tratamentul pacientilor cu produse medicamentoase;
3. identificarea factorilor de risc la prescrierea anumitor medicamente;
4. evaluarea avantajelor administrarii unor medicamente pentru pacientii internati;
5. evitarea intrebuintarii eronate si abuzului de produse medicamentoase;
6. verifica prin sondaj modul de stabilire a medicatiei pentru pacientii internati si evidentierea acesteia
7. verifica investigatiile stabilite la internare si pentru pacientii internati, ca numar si din punct de vedere al oportunitatii;
8. dispune elaborarea si aproba protocoalele terapeutice;
9. efectueaza si alte investigatii privind asigurarea asistentei medicale de urgenta;
10. intocmeste raporturi scrise in atentia Comitetului Director privind realizarea sarcinilor de catre Comisie si formularea unor propuneri de eficientizare. In functie de cazurile analizate vor fi convocate la sedinta si alte persoane cu sarcini specifice si responsabilitati la propunerea Presedintelui comisiei.

Principalele atribuții ale comisiei d.p.d.v. al medicamentului sunt următoarele:

- analizează consumul de medicamente pe secții, pe spital și propun măsuri pentru reducerea sau suplimentarea consumului de anumite produse medicamentoase;
- întocmesc fișele pentru raportarea spontană a reacțiilor adverse la medicamente;

- controlează și asigură la nivelul spitalului prescrierea și justa utilizare a medicamentelor și evitarea polipragmaziei;
- urmăresc folosirea la prescripții a DCI a medicamentelor;
- urmăresc eliberarea de medicamente din farmacia spitalului doar pe bază de condiții de prescripții medicame

k) REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE a COMISIEI DE TRANSFUZIE SI HEMOVIGILENTA

Functioneaza în conformitate cu:

- O.M.S. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public;
- O.M.S. nr. 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
- Ordin MS Nr. 1224 din 9 octombrie 2006 pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale

Componenta comisiei de transfuzie și hemovigilență a fost stabilită prin decizie internă a managerului.

Responsabilitățile comisiei de transfuzie și hemovigilență din institut sunt următoarele:

- monitorizarea nivelului de asigurare a securității transfuzionale la nivelul spitalului;
- elaborarea și implementarea documentației necesare aplicării în practica din spital a ghidurilor de utilizare clinică a sângelui total și a componentelor sanguine;
- evaluarea nivelului de pregătire profesională în domeniul transfuziei sanguine a tuturor categoriilor de personal implicate în activitatea de transfuzie sanguină din spital;
- monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale în secțiile spitalului;
- organizarea și monitorizarea funcționării sistemului de hemovigilență la nivelul spitalului și colaborarea cu centrul de transfuzie teritorial în analiza reacțiilor și incidentelor adverse severe;
- elaborarea și implementarea, în colaborare cu compartimentul de managementul calitatii din spital, a sistemului de calitate în unitatea de transfuzie sanguină din spital și la nivelul secțiilor, privind activitatea de transfuzie sanguină
- verificarea conținutului FOCC privind documentele menționate în anexa nr. 1 și, după caz, în anexa nr. 2 - partea A și în anexa nr. 3 - partea A din Ordinul MS nr. 1228/2006;
- răspunde la sesizările în legătură cu orice probleme privitoare la circuitul de transmitere a informațiilor pentru ameliorarea eficacității hemovigilenței;
- verificarea condițiilor de preluare, de stocare și distribuție a depozitelor de sânge din unitatea de transfuzie sanguină a spitalului;
- întocmirea rapoartelor bianuale de evaluare a hemovigilenței, pe care le transmite coordonatorului județean de hemovigilență;
- transmiterea coordonatorului județean de hemovigilență rapoartele, conform anexei nr. 2 - partea A + C și anexei nr. 3 - partea A + B din Ordinul MS nr. 1228/2006;
- participarea 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).

l) COMISIA DE ANALIZA A DECESELOR

Functioneaza în conformitate cu:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S.P. nr. 921/2006 privind stabilirea atribuțiilor Comitetului Director din cadrul spitalului public; Legea nr.104/2003 privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și tesuturilor de la cadavre în vederea transplantului;
- H.G.R. nr. 451/2004 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 104/2003.

Componenta comisiei de analiza a deceselor intraspitalicesti a fost stabilită prin decizie internă a managerului astfel: 1 medic CCV/ATI, 1 medic Cardiologie, 1 medic anatomopatolog

Atributiile Comisiei de analiza a deceselor intraspitalicești sunt următoarele:

- Analizează periodic, o dată pe lună, sau de câte ori este nevoie, numărul deceselor înregistrate în activitatea spitalului, astfel: o Numărul deceselor în totalitate o Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului o Numărul deceselor intraoperatorii o Numărul deceselor la 48 de ore de la intervenția operatorie
- Analizează motivele medicale care au dus la decesul pacienților, cuprinse în FOCG și Certificatul de deces;
- În situația în care se constată un deces survenit ca urmare a acțiunii personalului medical (malpraxis) prezintă cazul conducerii spitalului în vederea luării de măsuri necesare;
- Solicită audierea medicului curant în cazul în care se constată anumite nelămuriri;
- Evidențiază gradul de concordanță diagnostică între diagnosticul de internare, diagnosticul de externare și final (anatomopatologic) având ca scop creșterea gradului de concordanță diagnostică;
- Dezbate cazurile, aduce în atenție cele mai noi și corespunzătoare tratamente medicale care se aplică pacienților din spital;
- Redactează un proces verbal de ședință în care consemnează rezultatele activității, prezentând concluziile analizei.

Comisia de analiză a deceselor intraspitalicești se va întruni ori de câte ori este nevoie dar nu mai puțin o dată pe trimestru.

Procese verbale ale ședințelor Comisiei de analiză a deceselor intraspitalicești vor fi înaintate spre analiză Managerului/Directorului medical/Consiliului Medical.

REGULAMENT PRIVIND CONDITIILE IN CARE SALARIATII SI FOSTII SALARIATI AU DREPTUL SA UTILIZEZE SI SA TRANSMITA DATE SALARIATII ACTUALI:

-au drept de acces, utilizare și transmitere date în funcție de responsabilitățile postului
-nu au acces la alte date care nu sunt necesare realizării sarcinilor de serviciu definite în fișa postului

-pot avea acces și la alte date numai cu acceptul scris al managerului

FOSTII SALARIATI:

-la încetarea contractului de muncă / colaborare, responsabilul IT anulează parolele de acces în sistemul informațional

-pot avea acces la date numai cu acceptul scris al managerului.

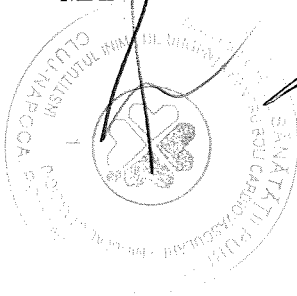
Se sancționează conform legislației în vigoare, accesul, stocarea și transmiterea datelor neautorizată.

MANAGER

CONSILIUL DE ETICA

REPREZENTANT SINDICAL

JURIST



M. P. Ștefan

J. Ștefan

