

 <p>unitate afiliată în SUPRAVEGHEREA <small>Asociații Naționale de Management al Calității în Sănătate</small></p>	<p>SALVOSAN CIOBANCA I S.R.L. CUI 18077694 J31/737/2005 Zalău, Str. Dumbrava, Nr. 48, Bl. TCI. Tel. 0260- 661038, Fax: 0260- 610016; Site: www.salvosanciobanca.ro E-mail: salvosan@salvosan.ro</p>	  
---	---	---

Nr inregistrare: 92/ 23.02.2024

Exemplarul nr. 1.

**REGULAMENTUL
DE ORDINE INTERIOARĂ
AL
SPITALULUI SALVOSAN
CIOBANCA I SRL**

- ANUL -
2024

DECIZIE

PENTRU APROBAREA REGULAMENTULUI INTERN AL SPITALULUI SC SALVOSAN CIOBANCA I SRL

Managerul Spitalului SALVOSAN CIOBANCA I SRL

În scopul stabilirii la nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I SRL a regulilor privind protecția, igiena și securitatea în muncă, drepturile și obligațiile angajatorului, ale salariaților, ale pacienților, aparținătorilor acestora și vizitatorilor, procedura de soluționare a cererilor sau reclamațiilor individuale ale salariaților, regulile concrete privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare și sancțiunile aplicabile și a modalităților de aplicare a dispozițiilor legale sau contractuale specifice;

Cu respectarea principiului nediscriminării și al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnității,

În temeiul dispozițiilor:

- art. 241-246 din Legea nr.53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare,

emite următoarea decizie

Art. 1. – Se aprobă „REGULAMENTUL INTERN AL SPITALULUI Salvosan Ciobanca I SRL”, prevăzut în anexa care face parte din prezenta decizie.

Art. 2. – (1) La data intrării în vigoare a prezentului ordin, se abrogă:

- „Regulamentul intern al Spitalului Salvosan Ciobanca I SRL”, înregistrat la nr. _____ din _____.

Art. 3. - Înțelesurile principalilor termeni utilizați în prezentul Regulament, sunt prevăzuți în **Anexa nr. 1**.

Managerul Spitalului SALVOSAN CIOBANCA I SRL

Ciobanca Teodora



Avizat
Reprezentanți salariați



Avizat
Consilier juridic



Avizat
Consiliu etic



CUPRINS

CAPITOLUL I. - DISPOZIȚII GENERALE.....	7
1.1. Domeniul de aplicabilitate.....	7
1.2. Domeniul de adresabilitate.....	7
1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului.....	8
CAPITOLUL II.	
REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ.....	10
CAPITOLUL III.	
REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII.....	16
CAPITOLUL IV.	
DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA.....	20
4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului.....	20
4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului.....	21
CAPITOLUL V.	
REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL.....	26
CAPITOLUL VI.	
ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANȚIUNILE APLICABILE.....	28
CAPITOLUL VII.	
REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ.....	29
CAPITOLUL VIII.	
MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE.....	32
VIII.1. Conducerea activităților.....	32
VIII.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor.....	33
VIII.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice.....	34
VIII.4. Apărarea împotriva incendiilor.....	35
VIII.5. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie.....	36
VIII.6. Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute.....	44
VIII.7. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora).....	46
VIII.8. Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate.....	53
VIII.9. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.....	55

VIII.10.Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.....	57
VIII.11.Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora.....	60
VIII.12.Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate	62
VIII.13.Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale.....	64
VIII.14.Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul....	65
VIII.15.Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.	70
VIII.16.Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare.....	72
VIII.17.Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate.....	74
VIII.18.Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern.....	77
VIII.19.Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți.....	79
VIII.20.Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.....	81
VIII.21.Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic.....	82
VIII.22.Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative.....	85
VIII.23.Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților.....	87
VIII.24.Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz.....	88
VIII.25.Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare.....	90
VIII.26.Modul de comunicare între membrii echipelor medicale.....	92
VIII.27.Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor.....	95
VIII.28.Deplasarea pacienților la nivelul spitalului.....	97
VIII.29.Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor.....	99
VIII.30.Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament.....	100
VIII.31.Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric.....	102
VIII.32.Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare.....	105
VIII.33.Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului.....	107
VIII.34.Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale.....	108
VIII.35.Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului.....	110
VIII.36.Comunicarea în situații deosebite/exceptionale.....	113
VIII.37.Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității	

îngrijirilor.....	118
VIII.38.Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.....	119
VIII.39.Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților.....	122
VIII.40.Modul de respectare a intimității pacientului.....	125
VIII.41.Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.....	126
VIII.42.Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale.....	129
VIII.43.Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.....	131
VIII.44.Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament.....	133
VIII.45.Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii.....	135
VIII.46.Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare.....	137
VIII.47.Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat.....	140
VIII.48.Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.....	143
VIII.49.Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului.....	144
VIII.50.Distribuirea personalului mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.....	146
VIII.51.Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian.....	148
VIII.52.Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe.....	149
VIII.53.Modul de verificare a stării de portaj pentru personal.....	155
VIII.54.Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic.....	157
VIII.55.Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente.....	159
VIII.56.Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe compartimente.....	160
VIII.57.Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate.....	161
VIII.58.Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.....	164
VIII.59.Controlul calității hranei.....	166
VIII.60.Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș.....	167
VIII.61.Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale.....	169
VIII.62.Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia.....	172

VIII.63.Modul de realizare al meniurilor zilnice.....	174
VIII.64.Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă.....	175
VIII.65.Circuitul documentelor în cadrul spitalului.....	177
VIII.66.Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului.....	180
VIII.67.Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului.....	182
VIII.68.Arhivarea documentelor la nivelul spitalului.....	185
VIII.69.Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului.....	186
VIII.70.Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului.....	190
VIII.71.Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului.....	192
VIII.72.Utilizarea echipamentului individual de protecție.....	201
VIII.73.Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din cadrul Compartimentului îngrijiri paliative.....	204
VIII.74.Reglementare privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative.....	207
CAPITOLUL IX EVALUAREA PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR.....	208
CAPITOLUL X - REGULI REFERITOARE LA PREAVIZ.....	211
CAPITOLUL XI - POLITICA GENERALĂ DE FORMARE A SALARIAȚILOR..	213
CAPITOLUL XII - PROGRAMUL ORAR.....	214
CAPITOLUL XIII - SOLUȚIONARE A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR.....	215
CAPITOLUL XIV - SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ.....	218
CAPITOLUL XV - DISPOZIȚII FINALE.....	220
Anexa nr 1- DEFINITII	221
Anexa nr.2 -ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARĂ AL SPITALULUI.....	223
Anexa nr. 3 -ACORDUL SCRIS AL PACIENTULUI.....	224
Anexa nr. 4- REGULI DE RELAȚIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA.....	225
Anexa nr. 5- ACORD LIBER CONSIMTIT.....	226
Anexa nr. 6- PROTOCOL DE COLABORARE.....	227
Anexa nr.7-GHID PRIVIND COMUNICAREA CU PACIENTUL/REPREZENTANTUL LEGAL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC.....	229
Anexa nr. 8- ACORD LIBER CONSIMTIT PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENTULUI.....	232
Anexa nr.9- RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ.....	233
Anexa nr. 10- SOLICITARE RETUR MEDICAMENTE/MATERIALE SANITARE ÎN FARMACIE.....	235

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE

Art.1. - Prezentul Regulament este întocmit în baza și limitele prevederilor actelor normative din **Anexa nr. 2** la prezentul Regulament și concretizează regulile privind protecția, igiena și securitatea în muncă, drepturile și obligațiile angajatorului, ale salariaților, procedura de soluționare a cererilor sau reclamațiilor individuale ale salariaților, regulile privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare și sancțiunile aplicabile și modalitățile de aplicare a dispozițiilor legale sau contractuale specifice, precum și reguli aplicabile în cadrul Spitalului în domeniile la care se referă cuprinsul prezentului Regulament.

Art.2. - Regulamentul precizează modul specific de aplicare a prevederilor legale în domeniul:

a) drepturilor și îndatoririlor tuturor categoriilor de personal din cadrul Spitalului precum și cerințelor care stau la baza relațiilor între acestea, specifice Spitalului;

b) raporturilor de muncă și de serviciu, încheiate între Spital, în calitate de angajator, reprezentată de administrator și salariat, în calitate de angajat, precum și drepturile și obligațiile ce decurg din aceste raporturi juridice.

1.1. Domeniul de aplicabilitate

Art.3. – (1) Prezentul Regulament prevede responsabilități, reguli, drepturi și obligații menționate în legislația în vigoare care sunt adaptate la specificul activităților desfășurate în Spital, stabilind modalitățile de pregătire și îndeplinire a obiectivelor din planul cu activitățile Spitalului și/sau ordine și dispoziții ale eșaloanelor superioare.

(2) Regulamentul se aplică în toate compartimentele funcționale ale Spitalului, iar respectarea prevederilor acestuia este obligatorie.

1.2. Domeniul de adresabilitate

Art.4. – (1) Prevederile 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;

f) vizitatori;

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

h) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;

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

(2) Dispozițiile referitoare la organizarea timpului de lucru și disciplină, din prezentul Regulament se aplică în mod corespunzător tuturor persoanelor care participă la diferite activități, pe timpul prezenței în unitate.

Art.5. – (1) Regulamentul se aplică tuturor salariaților Angajatorului, indiferent de durata contractului individual de muncă, de atribuțiile pe care le îndeplinesc și de funcția pe care o ocupă, precum și celor care lucrează în cadrul spitalului pe bază de delegare sau detașare. Prezentul Regulament se aplică indiferent de felul contractului de muncă, indiferent de naționalitate, sex, vârstă, rasă, convingeri politice sau religioase. Se aplică de asemenea și

altor categorii de persoane (detașați sau angajați ai altor societăți) care prestează temporar diferite activități în cadrul Spitalului și care se vor supune acestui regulament.

(2) Salariații detașați sunt obligați să respecte, pe lângă disciplina muncii din unitatea care i-a detașat și regulile de disciplină specifice locului de muncă unde își desfășoară activitatea pe timpul detașării.

Art.6. – (1) Relațiile de muncă se bazează pe principiul consensualității și al buneicredințe, participanții la raporturile juridice de muncă se vor informa și se vor consulta reciproc, în condițiile legii și a prezentului Regulament de Ordine Interioară.

(2) Drepturile și obligațiile privind relațiile de muncă dintre angajator și salariat se stabilesc potrivit legii, prin negociere, în cadrul contractelor individuale și colective de muncă.

(3) Salariații nu pot renunța la drepturile ce le sunt recunoscute prin lege.

(4) Orice tranzacție prin care se urmărește renunțarea la drepturile recunoscute de lege salariaților sau limitarea acestor drepturi este lovită de nulitate.

(5) Pentru buna desfășurare a relațiilor de muncă, Angajatorul și salariații se vor informa și se vor consulta reciproc, în condițiile legii.

1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului

Art.7. – (1) Cunoașterea și respectarea Regulamentului este obligatorie pentru toate categoriile de personal din cadrul Spitalului.

(2) Conducerea Spitalului răspunde de aducerea la cunoștința personalului a prezentului Regulament și de păstrarea acestuia în locuri unde să poată fi consultat permanent.

(3) După redactare și aprobare, Regulamentul va fi postat pe serverul Spitalului într-un folder special creat în acest sens, astfel încât să se asigure posibilitatea diseminării și accesării facile a prevederilor acestuia. ***Dacă Spitalul are adresă web, Roi se va afișa în integral sau în extras și pe pagina electronică.***

De asemenea, se va proceda la prelucrarea și la afișarea ROI într-un loc accesibil și vizibil tuturor angajaților, pacienților și tuturor persoanelor interesate și vizate de prevederilor prezentului Regulament.

Art.8. – (1) Modificările sau derogările de la prevederile prezentului Regulament se fac numai cu aprobarea managerului Spitalului, devenind operaționale numai după aducerea lor la cunoștința tuturor salariaților.

Art.9. – (1) Prelucrarea prevederilor prezentului Regulament, precum și a modificărilor la acesta, este obligatorie.

(2) Regulamentul precum și modificările la acesta, va/ vor fi prelucrate de către conducerea Spitalului cu șefii/ coordonatorii de structuri din organigrama Spitalului, urmând ca aceștia să-l prelucreze cu tot personalul din subordine în perioada imediat următoare, în cel mai scurt timp posibil.

(3) Șefii compartimentelor funcționale ale Spitalului au obligația de a prelucra prevederile prezentului Regulament cu personalul din subordine, personalul nou încadrat, sau la întoarcerea acestuia din perioade de absență mai mari de 6 luni calendaristice. În aceste cazuri prelucrarea Regulamentului se va face în prima zi de lucru.

(4) Prezentul Regulament își produce efectele din momentul încunoaștințării salariaților sub semnătură, prin care se atestă luarea la cunoștință cu privire la prevederile acestuia.

(5) Conducerea Spitalului va pune la dispoziția salariaților, la cerere, în vederea documentării și consultării, exemplare din prezentul Regulament.

(6) Orice salariat interesat poate sesiza angajatorul cu privire la dispozițiile prezentului Regulament, în măsura în care face dovada încălcării unui drept al său.

(7) Controlul legalității dispozițiilor cuprinse în Regulament este de competența instanțelor judecătorești, care pot fi sesizate în termen de 30 de zile de la data comunicării de către angajator a modului de soluționare a sesizării formulate potrivit alin. (6).

Art.10. – (1) Personalul specificat în art. 4 alin. (1), ia la cunoștință sub semnătură de prevederile prezentului regulament, după cum urmează:

- a) personalul încadrat în funcții în cadrul Spitalului la data intrării în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unor tabele-nominale de luare la cunoștință, care se constituie ca anexe la o circulară emisă de către managerului Spitalului;
- b) noii angajați încadrați în funcții în cadrul Spitalului ulterior datei de intrare în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unei declarații pe propria răspundere (în dublu exemplar) pusă la dispoziție de către structura de resurse umane a Spitalului, în care declară că au luat la cunoștință de prevederile acestuia și au fost informați cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului precum și privind procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității lor.

(2) Prezentul Regulament și modificările la acesta se postează inclusiv pe pagina web a Spitalului, astfel încât se asigură posibilitatea luării acestuia la cunoștință de către toate categoriile de persoane specificate în art. 4 alin. (1).

(3) În cazul persoanelor din afara spitalului, care desfășoară activitate temporară într-un loc de muncă din unitate, aducerea la cunoștință (prelucrarea) prezentului Regulament, cât și a atribuțiilor din fișa de post întocmită cu această ocazie, este atributul persoanei care coordonează și răspunde de activitatea celui în cauză/ conducătorul locului de muncă.

Art.11. – Orice modificare ce intervine în conținutul prezentului Regulament este supusă procedurilor de informare prevăzute la art. 7 – 10 din prezentul Regulament.

CAPITOLUL II

REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ

Art.12. – (1) Conducerea Spitalului este obligată să respecte următoarele reguli privind protecția, igiena și securitatea și sănătatea în muncă:

- a) să asigure protecția, igiena și securitatea personalului în toate aspectele legate de muncă; măsurile luate pentru aceasta nu trebuie să comporte în nici un caz obligații financiare pentru angajat; obligațiile personalului în domeniul securității și sănătății în muncă nu aduc atingere principiului responsabilității angajatorului.
- b) în cadrul propriilor responsabilități, angajatorul va lua măsurile necesare pentru protejarea securității și sănătății salariaților, inclusiv pentru activitățile de prevenire a riscurilor profesionale, de informare și pregătire, precum și pentru punerea în aplicare a organizării securității și sănătății în muncă și mijloacelor necesare acesteia, cu respectarea următoarelor principii generale de prevenire:
 - evitarea riscurilor;
 - evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
 - combaterea riscurilor la sursă;
 - adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea locurilor de muncă și alegerea echipamentelor și metodelor de muncă, în vederea atenuării, cu precădere, a muncii monotone și a muncii repetitive, precum și a reducerii efectelor acestora asupra sănătății;
 - luarea în considerare a evoluției tehnicii;
 - înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
 - planificarea prevenirii și instruirii în toate fazele acesteia;
 - adoptarea măsurilor de protecție colectivă cu prioritate față de măsurile de protecție individuală;
 - aducerea la cunoștința salariaților a instrucțiunilor proprii corespunzătoare.
- c) să organizeze locul de muncă, astfel încât să fie garantată securitatea și sănătatea în muncă a personalului;
- d) să asigure condiții optime de muncă pentru femeile gravide, nefolosindu-le la munci care afectează sarcina, în conformitate cu prevederile O.G. 96/2003 precum și punerea la dispoziție a spațiilor pentru alăptare;
- e) să organizeze controlul permanent al stării materialelor, utilajelor și substanțelor folosite în procesul muncii, în scopul asigurării sănătății și securității personalului;
- f) să asigure condițiile de acordare a primului ajutor în caz de accident de muncă;
- g) să asigure crearea condițiilor de preîntâmpinare a incendiilor, precum și pentru evacuarea personalului în situații speciale și în caz de pericol iminent;
- h) să realizeze evaluarea riscurilor pentru sănătate și securitate în muncă;
- i) să supravegheze sănătatea personalului în funcție de riscurile privind securitatea și sănătatea în muncă astfel încât acesta să poată beneficia de supravegherea sănătății la intervale regulate;
- j) să informeze personalul despre riscurile, precum și măsurile și activitățile de prevenire și protecție atât la nivelul spitalului, în general, cât și la nivelul fiecărui post de lucru în parte;

- k) să evalueze riscurile pentru securitatea și sănătatea personalului, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanțelor sau preparatelor chimice utilizate și la amenajarea locurilor de muncă iar, ulterior evaluării să ia măsurile de prevenire necesare, astfel încât metodele de lucru aplicate de către acesta să asigure îmbunătățirea nivelului securității și al protecției sănătății personalului și să fie integrate în ansamblul activităților spitalului respectiv și la toate nivelurile ierarhice;
 - l) să stabilească pentru întreg personalul, prin fișa postului, atribuțiile și răspunderile ce le revin în domeniul securității și sănătății în muncă, corespunzător funcțiilor exercitate;
 - m) să asigure personalului accesul la servicii medicale, inclusiv la serviciul medical de medicina muncii;
 - n) să consulte personalul și să asigure participarea acestuia la discutarea problemelor de securitate și sănătate în muncă;
 - o) să asigure echipament de muncă individual fără pericol pentru sănătatea și securitatea personalului; în cazul degradării sau al pierderii calităților de protecție al acestuia, angajatorul va acorda în mod obligatoriu echipament individual de protecție nou;
 - p) să mențină prin structura logistică a spitalului, o stare igienică adecvată în spațiile de lucru și de folosință comună, asigurând materialele și substanțele necesare realizării acestuia precum și coordonarea personalului din subordine implicat în această activitate;
 - q) să asigure toți salariații pentru risc de accidente de muncă și boli profesionale, în condițiile legii și efectuarea controlului medical la angajare și periodic;
 - r) să asigure accesul salariaților la serviciul medical de medicina a muncii, organizat cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare
 - s) să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă, în partea care-l privește.
- (2) Instruirea în domeniul securității și sănătății în muncă este obligatorie în următoarele situații:
- a) în cazul noilor angajați– instruire generală și la locul de muncă;
 - b) în cazul salariaților care își schimbă locul de muncă sau felul muncii;
 - c) în cazul salariaților care își reiau activitatea după o întrerupere mai mare de 6 luni;
 - d) în situația în care intervin modificări ale legislației în domeniu;
 - e) periodic tuturor angajaților de către șeful structurii.
- (3) Locurile de muncă trebuie să fie organizate astfel încât să garanteze securitatea și sănătatea salariaților.
- Art.13.** – Personalul Spitalului este obligat să respecte următoarele reguli privind protecția, igiena și securitatea în muncă:
- a) să-și desfășoare activitatea, în conformitate cu pregătirea și instruirea sa, precum și cu instrucțiunile primite din partea angajatorului, astfel încât să nu expună la pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională atât propria persoană cât și alte persoane care pot fi afectate de acțiunile sau omisiunile sale în timpul procesului de muncă;
 - b) să utilizeze corect echipamentele de muncă, substanțele periculoase, echipamentele de transport;
 - c) să utilizeze corect echipamentul individual de protecție primit, asigurând în permanență o întreținere corespunzătoare a acestuia;
 - d) să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/ sau angajatorului accidentele suferite de propria persoană sau de alte persoane;
 - e) să comunice imediat angajatorului și/ sau responsabililor desemnați orice situație de muncă despre care are motive întemeiate să o considere un pericol pentru securitatea și sănătatea proprie sau a celorlalți angajați, precum și orice deficiență a sistemelor de protecție;
 - f) să dea relațiile solicitate de către inspectorii de muncă și inspectorii sanitari;

g) să ia măsurile necesare pentru evitarea oricărei poluări prin eliminarea deșeurilor, precum și prin utilizarea eficientă a energiei;

h) să își însușească și să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă și măsurile de aplicare a acestora, în partea care-l privește.

i) în vederea asigurării igienei corecte și eficiente a mâinilor personalului medico-sanitar și de îngrijire este interzisă purtarea inelelor, brățarilor, ceasurilor sau altor bijuterii¹;

j) este interzisă purtarea unghiilor lungi, lăcuite sau artificiale².

Art.14. – Instruirea pe linie de securitate și sănătate în muncă și însoțirea altor persoane care participă temporar la activități care se desfășoară în cadrul spitalului cu permisiunea angajatorului, se va face de către responsabilii cu securitatea în muncă din fiecare loc de muncă conform prevederilor legale în vigoare.

Art.15. – În contractele de prestări servicii vor fi prevăzute clauze cu privire la instruirea lucrătorilor externi pe linie de securitate și sănătate în muncă.

Art.16. – În contractele de achiziție de aparatură și echipamente medicale sau de suport a activității medicale vor fi prevăzute clauze cu privire la obligativitatea instruirii personalului propriu al Spitalului de către reprezentanți ai firmelor furnizoare de aparatură/ echipamente.

Art.17. – Activitatea de securitate și sănătate în muncă, protecția mediului și supraveghere tehnică în cadrul Spitalului, este îndrumată și controlată de personalul încadrat în structura din organigrama Spitalului care are ca domeniu de responsabilitate securitatea și sănătatea în muncă.

Art.18. – Conducătorii ierarhici superiori ai compartimentelor funcționale ale Spitalului răspund de aplicarea și respectarea legislației de securitate și sănătate în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică în vigoare pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul care are atribuții în domeniul securității și sănătății în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică nominalizat prin decizie internă.

Art.19. – Instrucțiunile privind securitatea și sănătatea în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică se execută potrivit prevederilor instrucțiunilor și normelor privind organizarea și desfășurarea activității de securitate și sănătate în muncă în vigoare.

Art.20. – Comunicarea și cercetarea evenimentelor, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase, semnalarea, cercetarea, declararea și raportarea bolilor profesionale se face în conformitate cu prevederile *Legii nr.319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu dispozițiile *HG 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006* cu modificările și completările ulterioare.

Dispoziții privind protecția maternității la locul de muncă

Art.21. Prin prezentul Regulament Intern se adoptă măsuri de protecție socială pentru salariatele gravide și mame, lăuze sau care alăptează, de cetățenie română ori a unui stat membru al UE și din spațiul economic european, care au raporturi de muncă sau raporturi de serviciu cu un angajator așa cum sunt definite prin OG 96/14.10.2003.

Art.22. Salariatele aflate în una din situațiile reglementate de OG 96/2003 (gravidele, salariața care a născut, salariața care alăptează), au obligația de a se prezenta la medicul de familie pentru eliberarea unui document medical care să ateste starea.

Art.23. În neîndeplinirea obligațiilor de anunțare a angajatorului în scris despre starea lor, acesta este exonerat de obligațiile sale prevăzute de OG 96/2003.

Art.24. Angajatorul are obligația de a adopta măsurile necesare prin prevenirea expunerii salariatelor aflate în una din situațiile enumerate mai sus la riscuri care ar putea afecta sănătatea și securitatea și de a nu le constrânge să efectueze o muncă dăunătoare sănătății sau stării lor de graviditate ori copilului nou născut.

Art.25. Angajatorul are obligația de a evalua anual toate activitățile susceptibile să reprezinte un risc de expunere la agenți, procedee și condiții de muncă, precum și orice modificare a condițiilor de muncă, natura, gradul și durata expunerii salariatelor, în scopul determinării oricărui risc pentru securitatea și sănătatea lor și oricăror repercusiuni asupra sarcinii și alăptării.

Art.26. Evaluarea riscurilor se face de către angajatori, cu participarea medicului de medicina a muncii, rezultatele fiind consemnate într-un raport.

Angajatorul are obligația de a înmăna o copie a raportului reprezentantului salariaților în termen de 5 zile lucrătoare de la data întocmirii lui.

Angajatorul va informa în scris salariatele asupra rezultatelor evaluării privind riscurile la care pot fi supuse la locurile de muncă, precum și a drepturilor lor.

Art.27. Angajatorul va informa medicul de medicina a muncii și Inspectoratul Teritorial de Muncă în raza căruia își desfășoară activitatea, în termen de 10 zile de la data la care a fost anunțat în scris de către salariața ca se află în una din situațiile menționate la art. 2 lit c-e din OG nr. 96/2003.

Art.28. Angajatorul are obligația de a păstra confidențialitatea asupra stării de graviditate a salariatei și nu va anunța alți angajați decât cu acordul scris al acesteia, și doar în interesul bunei desfășurări a procesului de muncă, când starea de graviditate nu este vizibilă.

Art.29. Angajatorul este obligat să modifice în mod corespunzător condițiile sau orarul de lucru, sau în cazul în care nu este posibil să o repartizeze la un alt loc de muncă fără riscuri pentru sănătatea și securitatea sa, conform recomandării medicului de medicina a muncii, în cazul în care salariața se afla într-una din situațiile menționate și desfășoară la locul de muncă o activitate care prezintă riscuri pentru sănătatea și securitatea sa ori repercusiuni asupra sarcinii și alăptării.

Art.30. Pentru salariatele care își desfășoară activitatea numai în poziție ortostatică sau în poziție așezat, angajatorul va modifica locul de muncă respectiv, astfel încât să li se asigure la intervale regulate de timp pauze și amenajări pentru repaus în poziția șezând sau pentru mișcare.

Medicul de medicina muncii stabilește intervalele de timp la care este necesară schimbarea poziției de lucru, perioadele de activitate precum și durata perioadele de repaus în poziția șezândă sau respectiv pentru mișcare.

Dacă amenajarea condițiilor de muncă sau a programului de muncă nu este din punct de vedere tehnic sau obiectiv posibilă sau nu poate fi cerută din motive bine întemeiate angajatorul va lua măsurile necesare pentru schimbarea locului de muncă al salariatei.

Art.31. În baza recomandării medicului de familie, salariața gravidă care nu poate îndeplini durata normală de muncă din motive de sănătate a sa sau a fătului sau, are dreptul la reducerea cu $\frac{1}{4}$ a duratei normale de muncă, cu menținerea veniturilor salariale, suportate integral din fondul de salarii al angajatorului, potrivit reglementarilor legale privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale.

Art.32. – Angajatorul va acorda salariatelor gravide dispensă pentru consultații prenatale, în cazul în care investigațiile se pot efectua numai în timpul programului de lucru fără diminuarea drepturilor salariale.

Totodată, salariatele care urmează o procedură de fertilizare «in vitro» beneficiază anual, de un concediu de odihnă suplimentar, plătit, de trei zile care se acordă după cum urmează:

- a) 1 zi la data efectuării puncției ovariene;
- b) 2 zile începând cu data efectuării embriotransferului.

Cererea privind acordarea concediului de odihnă suplimentar antemenționat va fi însoțită de scrisoarea medicală eliberată de medicul specialist, în condițiile legii.

Art.33. – Angajatorii vor acorda salariaților care alăptează în cursul programului de lucru 2 pauze pentru alăptare de câte o oră fiecare. În aceste pauze se include și timpul necesar dus-întors de la locul de unde se găsește copilul.

La cererea mamei, pauzele pentru alăptare pot fi înlocuite cu reducerea duratei normale a timpului de lucru cu 2 ore zilnic. Pauzele și reducerea duratei normale a timpului de muncă acordate pentru alăptare, se include în timpul de muncă și nu diminuează veniturile salariale și sunt suportate integral din fondul de salarii al angajatorului.

Art.34. – Salariații aflate în una din situațiile menționate anterior nu vor putea fi obligate să efectueze muncă de noapte.

În cazul în care munca de noapte afectează sănătatea acestora, angajatorul o va transfera la un loc de muncă de zi cu menținerea salariului de bază brut lunar, în baza solicitării în scris a salariații.

Solicitarea angajatei va fi însoțită de un document medical care menționează perioada în care sănătatea acesteia este afectată de munca de noapte.

În cazul în care din motive justificate transferul nu este posibil, salariața va beneficia de concediu și indemnizația de risc maternal.

Art.35. – Salariații aflate în una din situațiile menționate anterior nu pot efectua muncă în condiții cu caracter vătămător sau insalubru.

În cazul în care salariații desfășoară în mod curent muncă cu caracter insalubru sau vătămător, angajatorul le transferă în alt loc de muncă cu menținerea salariului de bază brut lunar.

Art.36. Angajatorul nu va dispune încetarea raporturilor de muncă în cazurile:

a) salariații prevăzute în una din situațiile reglementate de OG 96/2003, din motive care nu au legătură directă cu starea sa;

b) pe durata incapacității temporare de muncă, stabilită prin certificat medical conform legii;

c) pe durata suspendării activității ca urmare a instituirii carantinei;

d) pe durata în care femeia salariaată este gravidă, în măsura în care angajatorul a luat cunoștință de acest fapt anterior emiterii deciziei de concediere;

e) salariații care se află în concediu de maternitate sau se află în concediu de risc maternal. Interdicția se extinde, o singură dată, cu până la 6 luni după revenirea salariații în unitate.

f) salariații care se află în concediu pentru îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani, sau în cazul copilului cu handicap în vârstă de până la 3 ani;

g) salariații care se află în concediu pentru îngrijirea copilului bolnav de până la 7 ani, sau în cazul copilului cu handicap, pentru afecțiuni intercurente, în vârstă de până la 18 ani;

h) pe durata efectuării concediului de odihnă.

Prevederile antemenționate nu se aplică în cazul concedierii pentru motive ce intervin ca urmare a reorganizării judiciare, a falimentului sau a dizolvării angajatorului, în condițiile legii.

Salariații ale căror raporturi de muncă sau raporturi de serviciu au încetat din motive pe care le consideră ca fiind legate de starea lor, au dreptul să conteste decizia angajatorului la instanța judecătorească competentă, în termen de 30 de zile de la data comunicării acesteia, conform legii.

Art.37. – Salariații ale căror raporturi de muncă au încetat din motive pe care le consideră ca fiind legate de starea lor au dreptul să conteste decizia angajatorului la instanța judecătorească competentă în termen de 30 zile de la data comunicării acesteia conform legii.

Art. 38. Este interzisă concedierea salariaților:

a) pe criterii de rasă, cetățenie, etnie, culoare, limbă, religie, origine socială, trăsături genetice, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, opțiune politică, situație sau responsabilitate familială, apartenență ori activitate sindicală, apartenență la o categorie defavorizată;

b) pentru exercitarea, în condițiile legii, a dreptului la grevă și a drepturilor sindicale.

c) pentru exercitarea drepturilor prevăzute la art. 17 alin. (3), art. 18 alin. (1), art. 31, art. 39 alin. (1), art. 85 și art. 194 alin. (2) din Codul muncii.

CAPITOLUL III

REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII

Art. 39. (1) În cadrul relațiilor de muncă funcționează principiul egalității de tratament față de toți salariații.

(2) Discriminarea se caracterizează prin reunirea a două elemente, mai precis tratarea diferită a unor persoane aflate în situații identice sau comparabile (sau, dimpotrivă, tratarea identică a unor persoane aflate în situații diferite), pe de o parte, și lipsa unei justificări obiective pentru un asemenea tratament, pe de altă parte.

(3) Orice discriminare directă sau indirectă față de un salariat, discriminare prin asociere, hărțuire sau faptă de victimizare, bazată pe criteriul de rasă, cetățenie, etnie, culoare, limbă, religie, origine socială, trăsături genetice, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare cu HIV, opțiune politică, situație sau responsabilitate familială, apartenență, ori activitate sindicală, apartenență la o categorie defavorizată, este interzisă.

(4) Constituie discriminare directă actele și faptele de excludere, deosebire, restricție sau preferință, întemeiate pe unul sau mai multe dintre criteriile prevăzute la alin. (3) care au ca scop sau ca efect neacordarea, restrângerea ori înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării drepturilor prevăzute în legislația muncii

Constituie discriminare indirectă orice prevedere, acțiune, criteriu sau practică aparent neutră care are ca efect dezavantajarea unei persoane față de o altă persoană în baza unuia dintre criteriile prevăzute la alin. (3), în afară de cazul în care acea prevedere, acțiune, criteriu sau practică se justifică în mod obiectiv, printr-un scop legitim, și dacă mijloacele de atingere a aceluia scop sunt proporționale, adecvate și necesare.

(5) Constituie discriminare prin asociere, orice act sau faptă de discriminare săvârșit(ă) împotriva unei persoane care, deși nu face parte dintr-o categorie de persoane identificată potrivit criteriilor prevăzute la alin. (2), este asociată sau prezumată a fi asociată cu una sau mai multe persoane aparținând unei astfel de categorii de persoane.

(6) Orice comportament care constă în a dispune, scris sau verbal, unei persoane să utilizeze o formă de discriminare, care are la bază unul dintre criteriile prevăzute la alin. (2), împotriva uneia sau mai multor persoane este considerat discriminare.

(7) Nu constituie discriminare excluderea, deosebirea, restricția sau preferința în privința unui anumit loc de muncă în cazul în care, prin natură specifică a activității în cauză sau a condițiilor în care activitatea respectivă este realizată, există anumite cerințe profesionale esențiale și determinante, cu condiția ca scopul să fie legitim și cerințele proporționale.

Art.40. – (1) Orice salariat care prestează o muncă beneficiază de condiții de muncă adecvate activității desfășurate, de protecție socială, de securitate și sănătate în muncă, precum și de respectarea demnității și a conștiinței sale, fără nicio discriminare.

(2) Tuturor salariaților care prestează o muncă le sunt recunoscute dreptul la plată egală pentru muncă egală, dreptul la negocieri colective, dreptul la protecția datelor cu caracter personal, precum și dreptul la protecție împotriva concedierilor nelegale.

Art.41. – (1) Este interzisă discriminarea prin utilizarea de către angajator a unor practici care dezavantajează persoanele de un anumit sex, orientare sexuală, vârstă, handicap,

boală cronică necontagioasă, infectare cu HIV, opțiune politică, vârstă în legătură cu relațiile de muncă, referitoare la:

a) anunțarea, organizarea concursurilor sau examenelor și selecția candidaților pentru ocuparea posturilor vacante;

b) încheierea, suspendarea, modificarea și/sau încetarea raportului juridic de muncă ori de serviciu;

c) stabilirea sau modificarea atribuțiilor din fișa postului;

d) stabilirea remunerației;

e) beneficii, altele decât cele de natură salarială și măsuri de protecție și asigurări sociale;

f) informare și consiliere profesională, programe de inițiere, calificare, perfecționare, specializare și recalificare profesională;

g) evaluarea performanțelor profesionale individuale;

h) promovarea profesională;

i) procesul de învățământ;

j) aplicarea măsurilor disciplinare;

k) dreptul de aderare la sindicat și accesul la facilitățile acordate de acesta;

l) orice alte condiții de prestare a muncii, potrivit legislației în vigoare.

(2) Sunt exceptate de la aplicarea prevederilor alin. (1) lit. a) locurile de muncă în care, datorită naturii sau condițiilor particulare de prestare a muncii, prevăzute de lege, particularitățile de sex sunt determinante.

Art.42. – (1) Hărțuirea unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare după unul din criteriul de sex și este interzisă.

(2) Hărțuirea constă în orice tip de comportament care are ca scop sau ca efect lezarea demnității unei persoane și duce la crearea unui mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator.

(3) Constituie hărțuirea și victimizarea ori aplicarea unui tratament advers, venit ca reacție la o plângere sau acțiune în justiție cu privire la încălcarea principiului tratamentului egal și al nediscriminării.

(4) Persoana care se consideră hărțuită va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conține relatarea detaliată a manifestării de hărțuire la locul de muncă.

Art.43. – (1) Hărțuirea sexuală reprezintă orice formă de comportament nedorit, constând în contact fizic, cuvinte, gesturi sau alte mijloace indecente, materiale vizuale ofensatoare, invitații compromițătoare, cereri de favoruri sexuale sau orice altă conduită cu conotații sexuale, care afectează demnitatea, integritatea fizică și psihică a persoanelor la locul de muncă.

(2) Constituie discriminare după criteriul de sex orice comportament definit drept hărțuire sexuală, având ca scop:

a) de a crea la locul de muncă o atmosferă de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectată;

b) de a influența negativ situația persoanei angajate în ceea ce privește promovarea profesională, remunerația sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea și perfecționarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ține de viața sexuală.

(3) Toți salariații trebuie să respecte regulile de conduită și răspund în condițiile legii pentru încălcarea acestora.

(4) Angajatorul nu va permite și nu va tolera hărțuirea sexuală la locul de muncă și face public faptul că încurajează raportarea tuturor cazurilor de hărțuire sexuală, indiferent cine este ofensatorul, că angajații care încalcă demnitatea personală a altor angajați, prin orice

manifestare confirmată de hărțuire sexuală la locul de muncă, vor fi sancționați disciplinar, reprezentând un caz de abatare disciplinară gravă.

Art.44. – (1) Persoana care se consideră hărțuită sexual va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conține relatarea detaliată a manifestării de hărțuire sexuală la locul de muncă.

(2) Angajatorul va oferi consiliere și asistență victimelor actelor de hărțuire sexuală, va conduce investigația în mod strict confidențial și, în cazul confirmării actului de hărțuire sexuală, va aplica măsuri disciplinare corespunzătoare.

(3) Cercetarea sesizării de hărțuire se va face de o comisie disciplinară numită de manager.

(4) La terminarea investigației se va comunica părților implicate rezultatul anchetei. Pe parcursul anchetei, nu vor fi admise referiri cu privire la stilul de viață al persoanei reclamate.

(5) Dacă se stabilește că a avut loc un act de hărțuire sexuală, hărțuitorului i se vor aplica sancțiuni disciplinare corespunzătoare. Procedura aplicabilă este cea prevăzută în prezentul ROI cu privire la secțiunea dedicată capitolului privind cercetarea faptelor disciplinare.

(6) Măsurile vor fi comunicate, în scris, atât reclamantului, cât și reclamatului.

(7) Dacă se stabilește că nu a avut loc un act de hărțuire sexuală, se va comunica reclamantului care, dacă dorește, se poate adresa justiției, contestând Decizia comunicată în condițiile legii.

(8) Dacă actul de hărțuire sexuală la locul de muncă vine din partea unei persoane care nu este angajată în spital, victima se va adresa șefului ierarhic.

(9) Dosarele cu plângerile de hărțuire sexuală vor fi păstrate confidențial cel puțin 3 ani de la data rezolvării lor.

(10) Orice fel de represalii, în urma unei plângeri de hărțuire sexuală, atât împotriva reclamantului, cât și împotriva oricărei persoane care ajută la investigarea cazului, vor fi considerate acte discriminatoare și vor fi sancționate conform dispozițiilor legale în vigoare.

(11) În cazul în care ancheta stabilește că reclamantul a adus acuzații false, cu rea-credință, acesta va răspunde potrivit legii.

(12) Pretinderea în mod repetat de favoruri de natură sexuală în cadrul unei relații de muncă sau al unei relații similare, dacă prin aceasta victima a fost intimidată sau pusă într-o situație umilitoare, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă. Constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă, potrivit dispozițiilor art. 223 alin. (1) din Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, urmărindu-se în condițiile legii. Acțiunea penală se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate.

Art.45. – (1) Angajații au obligația să facă eforturi în vederea promovării unui climat normal de muncă în unitate, cu respectarea prevederilor legii, a contractelor colective de muncă, a regulamentului intern, precum și a drepturilor și intereselor tuturor salariaților.

(2) Pentru crearea și menținerea unui mediu de lucru care să încurajeze respectarea demnității fiecărei persoane, pot fi derulate proceduri de soluționare pe cale amiabilă a plângerilor individuale ale salariaților, inclusiv a celor privind cazurile de violență sau hărțuire sexuală, în completarea celor prevăzute de lege.

Art.46. – (1) Constituie hărțuire morală (psihologică sau mobbing) la locul de muncă orice comportament exercitat cu privire la un angajat de către un alt angajat, care este superiorul său ierarhic, de către un subaltern și/ sau de către un angajat comparabil din punct de vedere ierarhic, în legătură cu raporturile de muncă, care are loc într-o perioadă, este repetitiv sau sistematic și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care are drept scop sau efect, o deteriorare a condițiilor de muncă prin lezarea drepturilor sau demnității angajatului, prin afectarea sănătății sale fizice sau mentale,

ori prin compromiterea viitorului profesional al acestuia, comportament manifestat în oricare din următoarele forme:

- a) conduită ostilă sau nedorită;
- b) comentarii verbale;
- c) acțiuni sau gesturi.

(2) Fiecare angajat are dreptul la un loc de muncă lipsit de acte de hărțuire morală. Niciun angajat nu va fi sancționat, concediat sau discriminat, direct sau indirect, inclusiv cu privire la salarizare, formare profesională, promovare sau prelungirea raporturilor de muncă, din cauză că a fost supus sau că a refuzat să fie supus hărțuirii morale la locul de muncă.

(3) Angajații care săvârșesc acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă răspund disciplinar, în condițiile legii și ale prezentului regulament intern.

(4) Conducerea Spitalului are obligația de a lua orice măsuri necesare în scopul prevenirii și combaterii actelor de hărțuire morală la locul de muncă.

(5) Este interzisă stabilirea de către conducerea Spitalului, în orice formă, de reguli sau măsuri interne care să oblige, să determine sau să îndemne angajații la săvârșirea de acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă.

(6) Procedura privind sesizarea, investigarea și soluționarea cazurilor de hărțuire morală se realizează în conformitate cu prevederile art. 26 alin. 1-11.

CAPITOLUL IV

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA

4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului

Art.47. – Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) să stabilească organizarea și funcționarea activităților ce se desfășoară în Spital în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare;
- b) să stabilească atribuțiile corespunzătoare fiecărei categorii de personal, precum și cele la nivel individual, în condițiile legii;
- c) să dea dispoziții, indicații conform competențelor în domeniu, sub rezerva legalității acestora;
- d) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor/ atribuțiilor de serviciu de către personalul din subordine;
- e) să propună structura organizatorică, reorganizarea/ restructurarea spitalului sau a unei părți din aceasta sub rezerva respectării prevederilor legislației în vigoare;
- f) să constate săvârșirea abaterilor disciplinare și să aplice sancțiunile corespunzătoare, în conformitate cu normele legale aplicabile pentru fiecare categorie de personal în parte;
- g) să stabilească obiectivele de performanță individuală, precum și criteriile de evaluare a realizării acestora, urmând ca rezultatele obținute să fie utilizate în procesul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a salariaților.

Art.48. – Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

- a) să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice necesare pentru aplicarea întocmai a prevederilor actelor normative referitoare la încadrarea/ angajarea, salarizarea, promovarea/ avansarea, securitatea și sănătatea în muncă, încadrarea în condiții de muncă, răspunderea disciplinară, pensionarea, acordarea drepturilor sociale stabilite sau rezultate din raporturile de muncă sau de serviciu;
- b) să ia toate măsurile pentru organizarea și desfășurarea lucrului în condiții de deplină siguranță, pentru însușirea de către întregul personal a normelor de protecție a muncii, de prevenire și stingere a incendiilor și a măsurilor de aplicare a acestora, pentru stabilirea atribuțiilor pentru fiecare loc de muncă și controlul îndeplinirii acestora;
- c) să asigure accesul la formarea profesională, la perfecționarea pregătirii generale și de specialitate, prin participarea personalului la diferite forme de pregătire și perfecționare în conformitate cu normele legale aplicabile în acest domeniu;
- d) să impună obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților;
- e) să ia toate măsurile necesare în vederea păstrării confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților;
- f) să dispună măsurile specifice necesare respectării de către întreg personalul Spitalului a prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*;
- g) să impună prin măsuri specifice obligativitatea respectării dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- h) să ia măsuri specifice pentru neutilizarea de către personalul Spitalului a materialelor și a instrumentelor a căror condiție de sterilizare este nesigură;

- i) să aplice prevederile legislației și normelor specifice categoriilor de personal în privința rapoartelor/ cererilor, sesizărilor, propunerilor sau reclamațiilor privind raporturile de muncă sau de serviciu;
- j) să informeze salariații asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă;
- k) Să stabilească atribuțiile de serviciu pentru fiecare salariat, să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu și să aplice sancțiuni disciplinare în cazul constatării unor abateri;
- l) să comunice periodic salariaților situația economică și financiară a Spitalului, cu excepția informațiilor sensibile sau secrete, care, prin divulgare, sunt de natură să prejudicieze activitatea spitalului.
- m) să se consulte cu reprezentanții salariaților, după caz, în privința deciziilor susceptibile să afecteze substanțial drepturile și interesele acestora;
- n) să acorde salariaților toate drepturile care decurg din lege, din contractul colectiv de muncă aplicabil și contractele individuale de muncă;
- o) să plătească toate contribuțiile și impozitele aflate în sarcina sa precum și să rețină și să vireze contribuțiile și impozitele datorate de salariați, în condițiile legii;
- p) să înființeze Registrul general de evidență a salariaților și să opereze înregistrările prevăzute de lege;
- q) să ia decizii, să le exprime prin dispoziții scurte, clare și precise, să asigure condițiile necesare îndeplinirii acestora și să urmărească executarea lor;
- r) să dispună executarea unor acțiuni numai în temeiul legii;
- s) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului;
- t) să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților;
- u) să aducă la cunoștința personalului din subordine, în părțile ce îl privesc, ordinele și dispozițiile legale nou intrate în vigoare, precum și asigurarea înțelegerii corecte a acestora;
- v) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „*Codul de conduită etică al personalului din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I.*”;
- w) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului

Art.49.– (1) Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) dreptul la salariu corespunzător funcției ocupate, inclusiv dreptul la salarizarea reglementată de legislația specifică unităților sanitare cu paturi;
- b) dreptul la repaus zilnic și săptămânal;
- c) dreptul la concediu de odihnă anual, concediu medical, concediu maternal/paternal, concediu de creștere a copilului, alte forme prevăzute pentru salariați de legislația privind timpul de muncă și concediile;
- d) dreptul la promovare pe baza rezultatelor obținute în evaluarea anuală a performanțelor profesionale individuale;
- e) dreptul la respectarea onoarei și demnității în muncă;
- f) dreptul la egalitate de șansă și tratament;
- g) dreptul la informare și consultare;
- h) dreptul la acces la formare și perfecționare profesională continuă;
- i) dreptul la consultare în vederea determinării și ameliorării condițiilor de muncă și a mediului de muncă și de a beneficia de îngrijire specifică în cazul unor accidente de muncă (cu risc infecțios);

- j) dreptul la asistență medicală, recuperare și refacere a capacității de muncă în conformitate cu legislația aplicabilă în domeniu;
- k) dreptul la negociere colectivă și individuală;
- l) dreptul de a participa la acțiuni colective;
- m) dreptul la securitate și sănătate în muncă și echipament de protecție corespunzător;
- n) dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat, în condițiile legii;
- o) dreptul la asistență juridică, în condițiile legii;
- p) dreptul de a participa la activitatea de voluntariat în folosul public, în condițiile respectării prevederilor legale incidente în vigoare, având obligația de a informa în scris în acest sens conducerea Spitalului;

– Dreptul la concediu de odihnă anual plătit este garantat tuturor salariaților. Durata concediului de odihnă pentru salariații unității este stabilit în funcție de vechimea în unitate. Pe durata concediului de odihnă, salariații vor primi o indemnizație ce reprezintă media zilnică a veniturilor din luna/ lunile în care este efectuat concediul, multiplicată cu numărul de zile de concediu. Indemnizația de concediu nu poate fi mai mică decât salariul de bază, sporul de vechime și indemnizația pentru funcția de conducere, luate împreună, corespunzător numărului de zile de concediu.

Indemnizația de concediu, se poate plăti, la cererea salariatului, înainte de plecarea în concediu.

Programarea concediului de odihnă se face de către responsabilul de resurse umane, cu consultarea șefului direct, fără a fi afectată desfășurarea normală a activității societății. Concediul anual de odihnă va putea fi fracționat; una din fracțiuni va trebui să fie de cel puțin 10 zile lucrătoare.

Când din motive neimputabile salariatului acesta nu și-a efectuat integral concediul de odihnă pe anul în curs, restul de concediu se va acorda până la sfârșitul anului următor, în perioada solicitată de salariat.

Art.50. – (1) Salariații au dreptul la zile libere plătite pentru evenimente deosebite în familie, sau pentru alte situații, după cum urmează:

- a) 5 zile pentru căsătoria salariatului;
- b) 2 zile pentru căsătoria unui copil;
- c) nașterea unui copil: 10 zile + 5 zile dacă a urmat un curs de puericultură;
- d) 3 zile pentru decesul soțului, copilului, părinților, socrilor;
- e) 1 zi pentru decesul fraților, surorilor, bunicilor;
- f) donații de sânge - conform legii;

g) 5 zile la schimbarea locului de muncă în cadrul aceleiași unități, cu mutarea domiciliului în altă localitate.

Concediile fără plată pentru formare profesională se acordă la solicitarea salariatului, pe perioada formării profesionale pe care salariatul o urmează din inițiativa sa. Angajatorul poate respinge solicitarea salariatului numai dacă absența salariatului ar prejudicia grav desfășurarea activității.

Pentru rezolvarea unor situații personale, salariații au dreptul la concediu fără plată pe perioada convenită de comun acord cu conducerea societății în baza unei cereri scrise. Întreruperea concediului de odihnă se va face numai în cazuri deosebite, dacă situația postului în care este încadrat salariatul o va cere.

În caz de îmbolnăvire, obținerea certificatului medical trebuie anunțată în termen de 24 ore, iar documentul se depune la secretariatul societății cel mai târziu în data de 5 a lunii următoare. Neanunțarea sau neprezentarea documentului atrage după sine declararea persoanei ca fiind absentă nemotivat.

Zilele de sărbătoare legală în care nu se lucrează sunt:

- 1 și 2 ianuarie;

- 6 ianuarie - Botezul Domnului - Boboteaza;
 - 7 ianuarie - Soborul Sfântului Proroc Ioan Botezătorul;
 - 24 ianuarie - Ziua Unirii Principatelor Române;
 - Vinerea Mare, ultima zi de vineri înaintea Paștelui;
 - prima și a doua zi de Paști;
 - 1 mai;
 - 1 iunie;
 - prima și a doua zi de Rusalii;
 - 15 august - Adormirea Maicii Domnului;
 - 30 noiembrie - Sfântul Apostol Andrei, cel Întâi chemat, Ocrotitorul României;
 - 1 decembrie;
 - prima și a doua zi de Crăciun;
 - două zile pentru fiecare dintre cele 3 sărbători religioase anuale, declarate astfel de cultele religioase legale, altele decât cele creștine, pentru persoanele aparținând acestora.
- alte drepturi prevăzute de lege sau de contractele colective de muncă aplicabile

(2) Drepturile salariaților vor fi acordate și exercitate cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.

Art.51. – Pentru rezultate deosebite obținute în activitatea desfășurată, personalului de toate categoriile li se pot acorda recompense morale și materiale, în mod transparent și nediscriminatoriu, potrivit legislației incidente aplicabile în domeniu, specifice fiecărei categorii de personal în parte.

Art.52. – Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

- a) să fie loial spitalului și să respecte prevederile actelor normative în vigoare;
- b) să execute dispozițiile legale date de șefi în îndeplinirea atribuțiilor de serviciu;
- c) să îndeplinească atribuțiile prevăzute în fișa postului ocupat și să folosească timpul de lucru în scopul realizării responsabile a acestora și la un nivel maxim de competență;
- d) să îndeplinească obligațiile ce-i revin în calitatea sa de salariat al spitalului;
- e) să se prezinte la spital în condițiile instituirii stării de asediu sau de urgență, ocazie cu care va executa atribuțiile specifice stabilite de șefi ierarhici;
- f) să respecte programul de lucru și să folosească integral și eficient timpul de lucru pentru îndeplinirea obligațiilor de serviciu;
- g) să nu absenteze nejustificat și să nu părăsească locul de muncă în timpul programului fără aprobarea șefilor ierarhici, iar în cazul în care continuarea lucrului este absolut necesară, este obligat, fără a i se pune în pericol sănătatea și a afecta calitatea activității desfășurate, să continue lucrul până i se asigură înlocuitor;
- h) să anunțe imediat șeful ierarhic, prin orice mijloc, cu privire la imposibilitatea prezentării la serviciu (boală, situații fortuite, etc) și să prezinte justificarea legală a situației intervenite în timpul cel mai scurt posibil;
- i) să asigure prezentarea certificatului medical la spital în termenul prevăzut de lege;
- j) să respecte disciplina muncii;
- k) să dea dovadă de fidelitate față de angajator în executarea atribuțiilor de serviciu;
- l) să respecte dispozițiile legale privind păstrarea secretului de serviciu, obligație care se menține și după încetarea raporturilor de muncă conform actelor normative în vigoare;
- m) să nu săvârșească fapte/acte care ar putea pune în primejdie securitatea spitalului, a personalului acesteia sau a propriei persoane;
- n) să nu scoată din spital, fără aprobare, informații (indiferent de mediul de stocare), documente, echipamente sau orice alte bunuri care aparțin acestuia;
- o) să predea lucrările, documentele și materialele/ bunurile pe care le are în primire în vederea exercitării atribuțiilor de serviciu, în situația desfacerii contractului individual de

muncă, precum și în situația absenței mai mari de 30 de zile din unitate, conform prevederilor legale în vigoare;

- p) să respecte prevederile cuprinse în prezentul Regulament, ROF, contractul individual de muncă, contractul colectiv de muncă;
- q) să respecte măsurile de securitate și sănătate a muncii în unitate;
- r) să nu încalce regulile de bună cuviință și de respect față de superiori, egali și subalterni și să aibă o ținută îngrijită și decentă;
- s) să manifeste grijă față de bunurile date în folosință sau în păstrare;
- t) să respecte programarea aprobată privind efectuarea concediului de odihnă, iar decalarea acestuia să fie efectuată numai în cazuri deosebite, după aprobarea prealabilă a conducerii;
- u) să-și ridice permanent calificarea profesională prin frecventarea și absolvirea formelor de pregătire și perfecționare profesională recomandate, cunoașterea dispozițiilor legale, a normelor și instrucțiunilor privind activitatea pe care o desfășoară;
- v) să participe la evaluările periodice realizate de către angajator;
- w) să asigure îndeplinirea, temporar sau permanent, a sarcinilor de serviciu suplimentare stabilite de conducerea Spitalului pentru buna desfășurare a activității;
- x) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „*Codul de conduită etică al personalului din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I.*”;
- y) să acorde servicii medicale în mod nediscriminatoriu pacienților;
- z) să păstreze confidențialitatea față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților, și asupra altor date cu carter personal cu care operează pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu;
- aa) să respecte prevederile *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*;
- bb) să respecte dreptul pacienților/asiguraților la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- cc) în acordarea serviciilor medicale să nu utilizeze materiale și instrumente a căror condiție de sterilizare este nesigură;
- dd) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.
- ee) Salariatele însărcinate au obligația de a anunța angajatorul de starea fiziologică conform OG nr. 96/2003.

Art.53. – (1) Fiecare salariat are datoria să semnaleze imediat situațiile observate de incendiu, inundație sau orice situații în care se pot produce deteriorări sau distrugerii, inclusiv observarea unor colete sau obiecte uitate sau suspecte, precum și neregulile potențial generatoare de astfel de situații și să acționeze, după caz, pentru rezolvarea acestora și pentru diminuarea efectelor lor negative.

(2) Salariații care pot acționa în astfel de situații au obligația de a o face în timpul cel mai scurt posibil, fiind obligați să își ia anterior toate măsurile de protecție pentru a nu-și periclita viața sau securitatea fizică.

Art.54. – Salariaților Spitalului le este interzis:

- a) să facă declarații sau să dea publicității în presă informații/ articole/ documente referitoare la Spital sau care aduc orice fel de ingerință și/ sau prejudiciu imaginii ori prestigiului Spitalului și în numele acestuia, cu excepția celor de interes public;
- b) să introducă în spital băuturi alcoolice, substanțe toxice sau droguri, să se prezinte la serviciu sau să desfășoare activități sub influența acestora;
- c) să desfășoare, în cadrul programului de lucru, alte activități decât cele legate de atribuțiile postului sau de sarcinile spitalului;

d) să părăsească locul de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale spitalului;

e) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii spitalului, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;

f) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;

g) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați (insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea sau vătămarea integrității corporale sau a sănătății).

Art.55. – În situații deosebite, determinate de necesitatea bunei funcționări a spitalului sau a unei părți a acesteia, fiecare salariat - indiferent de funcția sau postul pe care îl/o ocupă, are obligația de a participa la executarea oricăror lucrări și la luarea tuturor măsurilor cerute de situația de urgență, fiind la dispoziția conducerii Spitalului, în limita competențelor stabilite.

CAPITOLUL V

REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL

Art.56. – Relațiile care se stabilesc între categoriile de personal, precum și între persoane în cadrul Spitalului sunt relații de:

1.Subordonare.

Acest tip de relație reprezintă regula în executarea activităților desfășurate în Spital, poziționarea personalului Spitalului în cadrul acestei relații fiind stabilită prin organigrama Spitalului, Regulamentul de organizare și funcționare a Spitalului, precum și prin specificațiile din fișele posturilor. Această relație se exprimă prin darea/ executarea dispozițiilor de către cei în drept, potrivit competențelor cu care sunt învestiți.

2. Colaborare.

Acest tip de relație apare în desfășurarea unor activități comune și complexe, care necesită conlucrarea din partea unor compartimente distincte, sau a unor persoane din compartimente distincte. Acest tip de relație se stabilește, în principiu - prin dispoziția șefului direct al compartimentelor/ persoanelor implicate sau a conducerii Spitalului, iar dacă este necesară rezolvarea problemelor în timp scurt - din inițiativa personalului, cu informarea ulterioară a celor responsabili de stabilirea acestei relații.

Art.57. – Informarea reciprocă și cooperarea dintre compartimentele funcționale ale Spitalului se realizează, în principal, prin următoarele forme:

- a) participarea la ședințe ale consiliilor, comitetelor și comisiilor care funcționează în cadrul Spitalului;
- b) participarea în cadrul grupurilor de lucru organizate pentru întocmirea unor diferite lucrări;
- c) schimburi de informații și documente;
- d) consultări pe probleme de specialitate;
- e) executarea în comun a unor activități de instruire;
- f) participarea la ședințe/ întruniri ale personalului stabilite de către managerul Spitalului;
- g) luarea la cunoștință a celor dispuse prin DECIZIE de către managerul Spitalului.

Art.58. – (1) Pentru a evita risipa de forțe și mijloace, pe linia principalului domeniu de activitate pe care-l gestionează, șefii compartimentelor funcționale ale Spitalului impun, cu aprobarea managerului Spitalului, conduita care este urmată de întregul personal al spitalului în domeniul incident.

(2) În situația desfășurării unor activități comune a mai multor compartimente din cadrul Spitalului, managerul va stabili prin decizie internă atribuțiile și limitele de acțiune/ competențe ale fiecărui compartiment în parte.

Art.59. – În Spital sunt interzise:

- a) prezentarea la serviciu în stare de ebrietate sau oboseală înaintată, introducerea sau consumul de băuturi alcoolice, practicarea de activități care contravin atribuțiilor de serviciu sau care perturbă activitatea altor salariați;
- b) nerespectarea programului de lucru, întârzierea sau absentarea nemotivată;
- c) părăsirea locului de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale Angajatorului;
- d) executarea în timpul programului a unor lucrări personale ori străine interesului Angajatorului;

- e) scoaterea din unitate, prin orice mijloace, a oricăror informații (indiferent de suportul de stocare al acestora), bunuri și documente aparținând acesteia, fără acordul scris al conducerii Spitalului;
- f) înstrăinarea oricăror bunuri date în folosință, păstrare sau de uz comun, precum și deteriorarea funcțională și calitativă sau descompletarea acestora, ca rezultat al unor utilizări ori manevrări necorespunzătoare;
- g) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;
- h) prestarea oricărei activități remunerate sau neremunerate, în timpul orelor de program sau în timpul liber - în beneficiul unui concurent direct sau indirect al Angajatorului;
- i) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați sau față de managementul spitalului (conduita necivilizată, insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea și vătămarea integrității corporale sau a sănătății);
- j) comiterea de fapte care ar putea pune în pericol siguranța Angajatorului, a propriei persoane sau a colegilor;
- k) manifestări de natura a aduce atingere imaginii Angajatorului;
- l) folosirea în scopuri personale a autovehiculelor Angajatorului, a oricăror materiale, mijloace fixe sau materii prime ale acestuia;
- m) fumatul în incinta Spitalului;
- n) organizarea de întruniri în perimetrul spitalului fără aprobarea prealabilă a conducerii;
- o) introducerea, răspândirea sau afișarea în interiorul instituției a unor anunțuri, afișe, documente etc. fără aprobarea conducerii Spitalului;
- p) propaganda partizană unui curent sau partid politic.

CAPITOLUL VI

ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANCTIUNILE APLICABILE

Art.60. – Conducerea Spitalului dispune de prerogativa disciplinară, având dreptul și obligația, de a aplica, potrivit legii, sancțiuni disciplinare personalului din subordine ori de câte ori constată că s-a săvârșit o abatere disciplinară.

Art.61. – Constituie abatere disciplinară fapta în legătură cu atribuțiile de serviciu și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către personalul Spitalului, prin care acesta a încălcat normele legale, prezentul Regulament, contractul individual de muncă și dispozițiile legale ale șefilor ierarhici.

Art.62. – Neîndeplinirea unui decizii date de către manager sau altă autoritate legală nu constituie abatere de la disciplinară dacă aceasta nu este dată în forma prevăzută de lege și nu este în concordanță cu actele normative în vigoare.

Art.63. – (1) Pentru săvârșirea de abateri disciplinare, precum și pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale³, în raport cu consecințele acțiunilor și/ sau inacțiunilor săvârșite cu vinovăție de către salariați, prin care acesta a încălcat normele legale incidente în vigoare, acestuia i se va aplica una dintre următoarele sancțiuni:

- a) avertisment scris;
- b) retrogradarea din funcția deținută, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile calendaristice, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea;
- c) reducerea salariului de bază pentru funcția de execuție sau de conducere, după caz, 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 contractului individual de muncă din motive disciplinare.

Pentru aceeași abatere disciplinară se poate aplica numai o singură sancțiune.

(2) Toate sancțiunile disciplinare trebuie stabilite în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariatul respectiv, avându-se în vedere următoarele:

- a) împrejurările în care a fost săvârșită fapta;
- b) gradul de vinovăție al salariatului;
- c) consecințele abaterii disciplinare;
- d) comportarea generală în serviciu a salariatului;
- e) eventualele sancțiuni disciplinare aplicate anterior acestuia;
- f) împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea disciplinară.

(3) Atributul de verificare a modului de respectare a protocoalelor și procedurilor de prevenire și limitare a I.A.A.M. revine în exclusivitate în sarcina coordonatorului Compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale⁴, acesta având obligația de a propune managerului spitalului sancțiuni pentru personalul care nu respectă respectivele protocoale/ proceduri.

(4) Personalul Spitalului Salvosan Ciobanca I este obligat să se prezinte la examenele medicale prin care se asigură supravegherea stării de sănătate, conform planificării stabilite anual de către medicul de medicina muncii. Împotriva personalului care refuză efectuarea examinărilor medicale și a investigațiilor recomandate, managerul spitalului poate dispune sancționarea disciplinară conform prevederilor normative în vigoare.

Art.64. Amenziile disciplinare sunt interzise.

CAPITOLUL VII

REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ

Art.65. – (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 din prezentul Regulament, iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

(2) Cercetarea disciplinară prealabilă se realizează în situația aplicării sancțiunilor disciplinare, altele decât „Avertismentul scris”.

Art.66. – În desfășurarea procedurii disciplinare se vor respecta următoarele principii:

- abaterea disciplinară este singurul temei al sancțiunii disciplinare;
- sancțiunea disciplinară se stabilește individual și numai după ce s-a dovedit vinovăția celui în cauză;
- la stabilirea sancțiunii disciplinare se ține seama de cauzele, de împrejurările în care s-a comis abaterea și de urmările acesteia, de gradul de vinovăție al salariatului, de comportarea generală a acestuia în serviciu, existența/ inexistența altor sancțiuni, precum și de împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea disciplinară;
- constituie circumstanțe agravante:
 - încercarea de ascundere a adevărului,
 - fapta repetată, săvârșită cu premeditare,
 - producerea ei în grup sau pe timpul îndeplinirii unei misiuni/ activități dispuse.

- sancțiunea disciplinară trebuie aplicată corect, fără părtinire obiectivitate, fără intenție de răzbunare și fără a se adresa cuvinte ofensatoare care să lezeze demnitatea celui sancționat;

- se interzice aplicarea sancțiunilor colective, precum și aplicarea mai multor sancțiuni pentru aceeași abatere săvârșită.

Art.67. (1) Ca urmare a sesizării conducerii angajatorului cu privire la săvârșirea unei abateri disciplinare sau a constatării încălcării de către un salariat a normelor legale, Regulamentului intern, contractului individual de muncă sau contractului colectiv de muncă aplicabil, ordinelor și dispozițiilor legale ale conducătorilor ierarhici, persoana împuternicită de acesta va dispune efectuarea cercetării disciplinare prealabile, numind o comisie în acest sens.

Din comisie va face parte fără drept de vot, în calitate de observator, și un reprezentant al salariaților.

(2) Sub sancțiunea nulității absolute, nicio sancțiune, cu excepția avertismentului scris, nu poate fi dispusă înainte de efectuarea unei cercetări disciplinare prealabile.

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.

(3) În vederea desfășurării cercetării disciplinare prealabile, salariatul va fi convocat de persoana/ comisia împuternicită de către angajator să realizeze cercetarea disciplinară prealabilă, precizându-se obiectul, data, ora și locul întrevederii. Comisia îl va convoca în scris pe salariatul cercetat, cu cel puțin 5 zile lucrătoare înainte.

(4) Neprezentarea salariatului la convocarea făcută în condițiile prevăzute la alin. (3) fără un motiv obiectiv dă dreptul angajatorului să dispună sancționarea, fără efectuarea cercetării disciplinare prealabile.

(5) În cursul cercetării disciplinare prelabile salariatul are dreptul să formuleze și să susțină toate apărările în favoarea sa și să ofere persoanei împuternicite să realizeze cercetarea disciplinară prelabilă toate probele și motivațiile pe care le consideră necesare, precum și dreptul să fie asistat, la cererea sa, de către un reprezentant al salariaților.

(6) Salariatul are dreptul să cunoască toate actele și faptele cercetării și să solicite în apărare probele pe care le consideră necesare.

(7) Comisia numită pentru efectuarea cercetării disciplinare prelabile are obligația de a asculta salariatul, la latitudinea angajatului rămâne o notă în care se va preciza poziția față de fapta pe care a comis-o și împrejurările invocate în apărarea sa.

(8) Cercetarea disciplinară prelabilă impune stabilirea următoarelor aspecte:

- a. împrejurările în care fapta a fost săvârșită;
- b. gradul de vinovăție a salariatului;
- c. consecințele abaterii disciplinare;
- d. comportarea generală în serviciu a salariatului;
- e. eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de către acesta.

(9) La finalizarea cercetării disciplinare prelabile, persoana/ comisia numită în acest sens va întocmi un proces-verbal de constatare, care trebuie să cuprindă: indicarea subiectului abaterii disciplinare, descrierea faptei, descrierea modului în care s-a desfășurat cercetarea disciplinară prelabilă și ascultarea salariatului, prezentarea condițiilor și împrejurărilor în care fapta a fost săvârșită, prezentarea consecințelor abaterii disciplinare, a comportării generale în serviciu a salariatului și a eventualelor sancțiuni disciplinare suferite anterior de către salariat, stabilirea gradului de vinovăție a salariatului, probele administrate și propunerile persoanei/ comisiei împuternicite de către Angajator să realizeze cercetarea disciplinară prelabilă, de clasare a cauzei sau de sancționare disciplinară a salariatului.

(10) Lucrările comisiei de disciplină se consemnează într-un registru de procese-verbale.

Art. 68. (1) În baza propunerii comisiei de disciplină, Angajatorul va emite decizia de sancționare.

(2) Angajatorul stabilește sancțiunea disciplinară aplicabilă în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariat, avându-se în vedere următoarele:

- a. împrejurările în care fapta a fost săvârșită;
- b. gradul de vinovăție a salariatului;
- c. consecințele abaterii disciplinare;
- d. comportarea generală în serviciu a salariatului;
- e. eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de către acesta.

(3) Angajatorul dispune aplicarea sancțiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei.

Art. 69. – (1) **Decizia de sancționare disciplinară cuprinde în mod obligatoriu:**

a. descrierea faptei care constituie abatere disciplinară;

b. precizarea prevederilor din statutul de personal, Regulamentul Intern sau Contractul colectiv de muncă aplicabil/ Contractul Individual de Muncă, care au fost încălcate de salariat;

c. motivele pentru care au fost înlăturate apărările formulate de salariat în timpul cercetării disciplinare prelabile sau motivele pentru care, în condițiile prevăzute la art. 251 alin. (3) din Codul muncii, nu a fost efectuată cercetarea;

- d. temeiul de drept în baza căruia sancțiunea disciplinară se aplică;
- e. termenul în care sancțiunea poate fi contestată;
- f. instanța competentă la care sancțiunea poate fi contestată.

(2) Decizia de sancționare se comunică salariatului în cel mult 5 zile calendaristice de la data emiterii și produce efecte de la data comunicării.

(3) Comunicarea se predă personal salariatului, cu semnătură de primire, ori, în caz de refuz al primirii, prin scrisoare recomandată, la domiciliul sau reședința comunicată de acesta.

(4) Decizia de sancționare poate fi contestată de salariat la instanțele judecătorești competente în termen de 30 de zile calendaristice de la data comunicării.

Art. 70. Sancțiunea disciplinară se radiază de drept în termen de 12 luni de la aplicare, dacă salariatului nu i se aplică o nouă sancțiune disciplinară în acest termen. Radierea sancțiunilor disciplinare se constată prin decizie a angajatorului emisă în formă scris.

Răspunderea angajaților:

Pentru pagubele aduse angajatorului, din vina și în legătură cu munca sa, salariatul răspunde patrimonial, conform dispozițiilor art. 254 din Codul muncii.

Salariații nu răspund de pagubele provocate de forța majoră sau de alte cauze neprevăzute care nu puteau fi înlăturate și nici de pagubele care se încadrează în riscul normal al serviciului.

Dacă se va constata producerea unei pagube angajatorului din vina și în legătură cu munca angajatului, angajatorul va putea solicita salariatului, printr-o notă de constatare și evaluare a pagubei, recuperarea contravalorii acesteia, prin acordul părților, într-un termen care nu va putea fi mai mic de 30 de zile de la data comunicării.

Contravaloarea pagubei recuperate prin acordul părților, nu poate fi mai mare decât echivalentul a 5 salarii minime brute pe economie.

Când paguba a fost produsă de mai mulți salariați, cuantumul răspunderii fiecăruia se stabilește în raport cu măsura în care a contribuit la producerea ei.

Dacă măsura în care s-a contribuit la producerea pagubei nu poate fi determinată, răspunderea fiecăruia se stabilește proporțional cu salariul său net de la data constatării pagubei și, atunci când este cazul, și în funcție de timpul efectiv lucrat de la ultimul său inventar.

Răspunderea angajatorului:

Angajatorul este obligat, în temeiul normelor și principiilor răspunderii civile contractuale, să îl despăgubească pe salariat în situația în care acesta a suferit un prejudiciu material sau moral din culpa angajatorului în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu sau în legătură cu serviciul.

În cazul în care angajatorul refuză să îl despăgubească pe salariat, acesta se poate adresa cu plângere instanțelor judecătorești competente.

Angajatorul care a plătit despăgubirea își va recupera suma aferentă de la salariatul vinovat de producerea pagubei, în condițiile indicate la capitolul „Răspundere angajaților”.

CAPITOLUL VIII

MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE

VIII. 1. Conducerea activităților

Art.71. – (1) Managementul și controlul în cadrul Spitalului se execută pe toate treptele ierarhice.

(2) În situații de normalitate sau de criză conducerea și controlul se exercită de către managerul Spitalului care-și manifestă competența și atribuțiile prin structurile specializate din organigrama Spitalului și gestionează întreaga gamă a activităților.

Art.72. – (1) Managerul Spitalului, în exercitarea actului de comandă, în funcție de situația operativă, tehnică sau administrativă, poate atribui, temporar, prin delegare de competență, o parte din atribuțiile și responsabilitățile sale unor persoane subordonate. Prin acest act, transferă acestor persoane autoritatea și responsabilitatea asupra deciziilor luate în numele său. Delegarea de competență nu înlătură integral răspunderea managerului, în legătură cu atribuțiile delegate.

(2) În lipsa managerului Spitalului, înlocuitorul legal al acestuia aprobă sau avizează după caz documentele justificative curente, semnează corespondența curentă, adeverințele necesare personalului, etc., în strictă conformitate cu limitele delegării impuse de către manager.

(3) Angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții, se poate face de către înlocuitorul la comanda Spitalului sau de către un responsabil de problemă nominalizat de către manager să participe la o anumită activitate în afara spitalului, în limita delegării de competență primite, înscrisă în decizie managerială.

(4) „*Delegarea de competență*” se va înscrie în decizie a managerului Spitalului și va cuprinde cel puțin următoarele aspecte: nominalizarea persoanei delegate, perioada de delegare, activitatea și instituția în cadrul căreia persoana delegată reprezintă interesele Spitalului (după caz), domeniul în care este delegat să reprezinte Spitalul, liniile directoare pentru problema în care este delegat (doar la nevoie) și limitele delegării.

(5) Inițierea procedurii de delegare de competență se poate face și verbal, în cadrul ședințelor de lucru a managerului Spitalului, dar înscrierea în decizie este obligatorie.

(6) Pe timpul delegării de competență, persoana delegată este obligată să se consulte telefonic cu managerul Spitalului în situația că există premise ale depășirii limitelor acesteia și, să adopte poziția indicată de acesta.

(7) Depășirea limitelor delegării de competență sau angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții fără a exista o delegare de competență scrisă sau verbală, constituie abatere disciplinară și se pedepsește în conformitate cu prevederile actelor normative incidente în vigoare.

(8) Pentru îndeplinirea activităților specifice Spitalului, în cadrul spitalului se pot stabili următoarele tipuri de relații:

- **Relațiile organizatorice**, raporturile care se stabilesc în interiorul instituției, între structuri organizatorice, dar și între personalul acestora, în scopul desfășurării normale a activităților, pe baza statului de organizare;
- **Relațiile ierarhice**, raporturile care se stabilesc, pe linie de subordonare, între structurile Spitalului dar și între persoanele acestora. Pentru exercitarea competențelor ce-i revin, managerul emite *Decizii*;
- **Relațiile funcționale**, raporturile care se stabilesc între două sau mai multe structuri, dintre care una are asupra celorlalte o autoritate funcțională ce se concretizează în transmiterea unor reglementări, indicații, proceduri, prescripții din domeniul de specialitate al activității sale. Acestea se angajează și dezvoltă în baza funcției principale pe care o îndeplinește fiecare microstructură componentă;
- **Relațiile de colaborare (cooperare)** se pot stabili între structurile (persoanele) din cadrul Spitalului, între acestea și alte structuri similare din alte unități sanitare, cu care nu sunt în relații de autoritate, precum și cu structuri medicale și nemedicale din afara Spitalului;
- **Relațiile de control** se stabilesc între structurile (persoanele) din cadrul Spitalului, investite legal în acest sens și structurile (persoanele) care pot fi controlate de către acestea, potrivit actelor normative în vigoare.

VIII. 2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor

Art.73. – Accesul și circulația în cadrul Spitalului se organizează astfel:

Art.74. – Accesul persoanelor:

(1) Accesul în Spital pentru intervenții tehnice, reparații, activități de deservire, curățenie și întreținere este permis numai angajaților Spitalului și angajaților operatorilor economici care au contracte cu Spitalul. Aceste activități se execută numai în prezența unui reprezentant al structurii în care se desfășoară, după ce s-au luat toate măsurile necesare de protecție împotriva accesului neautorizat la eventualele informații clasificate deținute.

(2) Accesul reprezentanților instituțiilor care, potrivit competențelor legale, au atribuții de coordonare și control se face pe baza legitimației de serviciu și a delegației speciale semnată de conducătorul autorității pe care o reprezintă. Accesul în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative) se face doar în prezența unei persoane titulare de încăpere. Accesul acestora în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative), la documente/informații clasificate se face doar pe baza documentelor de acces la informații clasificate menționate expres în delegațiile de control, cu respectarea principiului “necesitatea de a cunoaște”.

Art.75. – Accesul și controlul vehiculelor:

(1) Accesul autovehiculelor altor instituții/ furnizori este permis pe baza foii de parcurs, însoțită de documentele de identitate ale conducătorului vehiculului; accesul celorlalte persoane din vehicul se efectuează după regulile generale de acces; la autovehiculele care transportă diferite materiale se verifică, în plus, și documentele de însoțire a mărfii.

(2) Autovehiculele de intervenție și ale societăților de prestări servicii vor intra în baza delegației de serviciu, după legitimare și obținerea de către personalul de serviciu a aprobării accesului.

(3) Accesul autoturismelor aparținând altor persoane din afara spitalului, este INTERZIS, cu excepția situației în care acestea transportă pacienți nedeplasabili din punct de vedere locomotor. Accesul acestora din urmă se permite în baza documentelor de identitate ale persoanelor aflate în autoturism și a regulilor generale de acces în unitate.

(4) Posesorii autovehiculelor sunt obligați:

-să parcheze autovehiculul numai pe locul care i s-a indicat, fără a obstrucționa accesul persoanelor sau autovehiculelor;

-să prezinte pentru verificare documentele sau materialele care urmează a fi introduse sau scoase din perimetrul obiectivului;

-să elibereze locurile de parcare în caz de incendiu, calamități naturale, pe timpul alarmării Spitalului, în cazul desfășurării unor festivități, precum și pentru efectuarea unor lucrări, aprovizionări sau intervenții.

Art.76. – Controlul materialelor:

(1) Asigurarea cu echipamente, materiale, medicamente etc., necesare Spitalului se face pe baza comenzilor de achiziții, în format electronic sau letric, înaintate unităților distribuitoare de către compartimentele beneficiare și semnată de către managerul Spitalului. Persoanele desemnate, din cadrul formațiunilor care urmează să preia în gestiune respectivele articole execută verificarea materialelor care urmează să fie introduse în Spital pe baza actelor de primire (avizului de însoțire a mărfii și facturilor fiscale).

(2) Persoanele din cadrul Spitalului desemnate să scoată din spital materiale și bunuri (de dimensiuni tip-bagaj de mână) sau persoanele delegate de la alte unități, la ieșirea din obiectiv sunt obligate să prezinte, personalului de serviciu, în cazul în care i se solicită, documentele care însoțesc materialele ce urmează a fi scoase. În cazul în care se constată neconcordanță între materialele existente asupra delegaților și documentele de însoțire a materialelor, personalul de serviciu este obligat să raporteze șefului și să permită scoaterea materialelor numai cu aprobarea persoanelor cărora le-a raportat situația creată.

Art.77. – Personalul din cadrul Spitalului are obligația să prezinte, de fiecare dată, atât la intrarea cât și la ieșirea din incinta obiectivului, să se supună controlului celor care răspund de securitatea obiectivului.

Art.78. – Accesul persoanelor din afara spitalului în zonele cu acces limitat/ interzis sau administrativ este permis numai dacă acestea sunt însoțite de personal anume desemnat de managerul Spitalului.

Art.79. – Documentele de acces sunt valabile numai pentru perioada în care posesorul întrunește condițiile în baza cărora acestea au fost eliberate. În cazul încetării raporturilor de muncă/ serviciu, posesorul documentelor de acces are obligația să le predea la structura de resurse umane a Spitalului.

Art.80. – Pierderea ori distrugerea documentelor de acces se raportează imediat ierarhic. Managerul dispune cercetarea împrejurărilor în care s-a produs pierderea și ia măsuri pentru prevenirea folosirii neautorizate a documentelor pierdute.

Art.81. – Evidența permiselor de acces în spital și de acces în zonele de securitate și zonele administrative este atribuția compartimentului SSM-SU.

VIII. 3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice

Art.82. – În conformitate cu prevederile cap. II articolul 1, litera r) din *O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea „Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare”*, întregul personal care vine în contact cu pacienții, care manipulează, prepară sau distribuie medicația, hrana și lenjeria, utilizează aparatura, echipamente în procesul de acordare a îngrijirilor (medici, asistente, îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, etc.) va fi supus unei examinări la intrarea în serviciu, pentru

evaluarea stării de sănătate și depistarea precoce a eventualelor boli transmisibile, în vederea prevenirii I.A.A.M.

Art.83. – (1) Triajul epidemiologic cuprinde evaluarea stării de sănătate a persoanelor care urmează să intre în serviciu și va cuprinde observații asupra prezenței de simptome decelabile: febră, rinoree, disfagie, tuse, stare generală alterată, vărsături, diaree, infecții sau erupții cutanate sugestive pentru o boală infecto-contagioasă.

(2) Fiecare compartiment medical deține în acest sens un „*Registru de triaj epidemiologic al personalului*”, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către asistenta șefă în timpul programului acesteia sau persoana desemnată de aceasta în lipsa sa precum și pe celelalte ture.

(3) În cazul în care se constată unul sau mai multe simptome din cele enumerate la alin. (1), se notează în „*Registrul de triaj epidemiologic al personalului*”, se anunță șeful de compartiment sau medicul de gardă, după caz. Acesta examinează persoana și hotărăște dacă starea de sănătate îi permite îndeplinirea obligațiilor de serviciu, după care notează în respectivul registru diagnosticul și decizia sa, apoi semnează și parafează. Orice suspiciune de boală transmisibilă se declară de șeful de compartiment/ medicul de gardă către C.P.I.A.A.M.

(4) În funcție de situație, persoana examinată se poate redistribui pentru altă activitate în cadrul serviciului, sau se îndrumă spre medicul de familie/ specialist pentru recomandarea tratamentului.

(5) Până la sosirea persoanei înlocuitoare, persoana care asigură tura nu părăsește serviciul.

(6) Dacă se consideră ca starea de sănătate permite efectuarea serviciului, deși unele simptome sunt prezente, aspectul va fi consemnat în „*Registrul de triaj epidemiologic al personalului*”, alături de măsurile de protecție care s-au stabilit și care trebuie respectate (de exemplu: masca de protecție, mănuși, etc.).

(7) Dacă persoanele evaluate sunt sănătoase, se consemnează în Registrul de triaj epidemiologic al personalului și se semnează de către cel care a efectuat triajul.

(8) Întreg personalul care vine în contact cu pacienții, precum și personalul care prepară hrana are obligația de autodeclara voluntar îmbolnăvirile.

(9) S.P.I.A.A.M. verifică periodic consemnarea efectuării triajului epidemiologic al personalului la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.

VIII. 4. Apărarea împotriva incendiilor

Art.84. – Activitatea de prevenire și stingere a incendiilor în cadrul Spitalului este organizată și se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii 307/2006, *Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispozițiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare* și cu „*Planul de apărare împotriva incendiilor*”, aprobat de managerul spitalului.

Art.85. – (1) Scopul prezentei reglementări de apărare împotriva incendiilor este de prevenire și reducere a riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condițiilor pentru limitarea propagării și dezvoltării acestora prin măsuri tehnice și organizatorice, pentru protecția utilizatorilor, forțelor care acționează la intervenție, bunurilor și mediului împotriva efectelor incendiilor.

(2) Șefii structurilor funcționale ale Spitalului răspund de aplicarea și respectarea normelor de prevenire și stingere a incendiilor pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor, nominalizat de către managerul Spitalului Salvosan Ciobanca I prin decizie internă.

(3) Întreg personalul Spitalului Salvosan Ciobanca I este obligat:

- a) să-și însușească și să aplice normele de prevenire și stingere a incendiilor stabilite pentru locul de muncă în care își desfășoară activitatea;
- b) să cunoască și să respecte măsurile de apărare împotriva incendiilor aduse la cunoștință sub orice formă de către managerul Spitalului;
- c) să utilizeze conform instrucțiunilor de exploatare substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele de lucru;
- d) să nu efectueze manevre nepermise ale mijloacelor tehnice de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor;
- e) să coopereze cu personalul desemnat de manager în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;
- f) să comunice imediat șefilor nemijlociți orice situație pe care o consideră pericol de incendiu, precum și orice defecțiune sesizată la sistemele de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor.

(4) Activitatea de instruire a personalului se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației menționate la art. 78 și a precizărilor managerului desemnate în decizie internă.

(5) În Spitalul Salvosan Ciobanca I, principalele categorii de utilizatori nominalizați la alin. (1) sunt:

- a) pacienți/ persoane internate/ beneficiari ai actului medical;
- b) personalul medical;
- c) personalul mediu sanitar și auxiliar care desfășoară activități complementare actului medical;
- d) personalul tehnic-administrativ;
- e) însoțitorii persoanelor cu handicap/ aparținători;
- f) studenți, cursanți, practicanți și voluntari;
- g) personal de cercetare;
- h) vizitatori;
- i) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
- j) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale.

VIII. 5. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie

Art.86. – Reglementarea procesului de evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie, are ca principale scopuri:

- a) Minimizarea/ limitarea riscurilor și efectelor în urma unor situații de urgență;
- b) Protecția personalului și a bunurilor materiale;
- c) Stabilirea măsurilor și acțiunilor de intervenție pentru personalul spitalului în vederea evacuării și redislocării pacienților în cazul declanșării unor situații de urgență cu efecte sau potențial periculos pentru spital, zonele învecinate sau mediul înconjurător;
- d) Stabilirea de măsuri organizatorice privind asigurarea desfășurării actului medical în condiții de siguranță pentru personalul propriu și pacienți pe timpul evacuării și relocării pacienților;
- e) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.87. – Obligațiile generale specifice personalului propriu sunt următoarele:

- a) să se instruiască permanent privind modul de acțiune în situații de urgență;
- b) să se instruiască permanent privind modul de folosire și situațiile în care se folosesc mijloacele tehnice portabile de stins incendii;
- c) să participe, conform atribuțiilor stabilite, la evacuarea și relocarea în condiții de siguranță a pacienților/ persoanelor internate, însoțitorilor persoanelor cu handicap/ aparținătorilor și a vizitatorilor, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie;
- d) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- e) păstrarea permanentă a căilor de evacuare libere;
- f) menținerea în stare operațională a surselor alternative de alimentare cu energie electrică și a iluminatului de siguranță;
- g) menținerea în stare de funcționare a instalației de alarmare și avertizare/ semnalizare;
- h) marcarea corespunzătoare a căilor de evacuare;
- i) asigurarea existenței mijloacelor specifice de evacuare: târgi, cărucioare, paturi cu rotile;
- j) să respecte normele generale de apărare împotriva incendiilor, prevederile normelor legale incidente prezentei reglementări, precum și regulile și măsurile specifice stabilite în cadrul spitalului;
- k) să respecte instrucțiunile specifice de exploatare a aparatelor/echipamentelor aflate în dotarea spitalului;
- l) să intervină, conform instrucțiunilor proprii de apărare împotriva incendiilor, pentru stingerea oricărui început de incendiu, utilizând mijloacele de apărare împotriva incendiilor din dotare.

Art.88. – Obligațiile generale specifice pacienților/ persoanelor internate, însoțitorilor/ aparținătorilor și vizitatorilor sunt următoarele:

- a) să respecte instrucțiunile/ regulile specifice privind apărarea împotriva incendiilor;
- b) să nu aducă în stare de neutilizare instalațiile de protecție împotriva incendiilor și mijloacele tehnice de primă intervenție în caz de incendiu;
- c) să nu aducă în stare de neutilizare semnele, afișele, marcajele sau altele asemenea destinate apărării împotriva incendiilor;
- d) să anunțe orice eveniment observat și care poate produce o situație de urgență;
- e) să respecte indicațiile personalului unității sanitare în cazul producerii unui incendiu, pentru evacuarea în siguranță a spațiilor.

Art.89. – Regulile generale obligatorii valabile pentru toate categoriile de utilizatori sunt următoarele:

- a) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- b) să respecte indicatoarele/ semnale/ afișele/ marcajele specifice existente precum și indicațiile personalului propriu în situații de urgență, pentru evacuarea în siguranță a clădirilor;
- c) să nu deterioreze mijloacele tehnice portabile de stins incendii.

Art.90. – Pentru asigurarea condițiilor de evacuare și salvare a utilizatorilor în siguranță în situațiile de urgență care impun evacuarea, se interzice:

- a) blocarea în poziție deschisă a ușilor caselor scărilor, a celor de pe coridoare, sau a altor uși care, în caz de incendiu, au rolul de a opri pătrunderea fumului, gazelor fierbinți și propagarea incendiilor pe verticală sau orizontală;
- b) blocarea, în poziție închisă, a ușilor de pe căile de evacuare, precum și amplasarea de obiecte de mobilier în spațiile de manevră ale acestora;
- c) blocarea căilor de acces, de evacuare și de intervenție cu materiale, echipamente sau aparatură păstrate/depozitate care reduc lățimea sau înălțimea liberă de circulație stabilită ori

care prezintă pericol de incendiu sau explozie, precum și efectuarea unor modificări la acestea, prin care se modifica situația inițială;

d) amenajarea de boxe ori locuri de lucru, depozitarea de materiale, mobilier sau obiecte, amplasarea de copiatoare, dozatoare pentru sucuri/ cafea etc., care ar putea împiedica evacuarea persoanelor și bunurilor, precum și accesul personalului de intervenție;

e) încuierea ușilor de pe traseele de evacuare a utilizatorilor;

f) blocarea căilor de evacuare, acces și intervenție, a hidranților de incendiu interiori și exteriori, a surselor de apă, a intrărilor în clădiri și a scărilor exterioare de acces către poduri și terase cu diferite materiale, mărfuri, precum și prin parcare mijloacelor de transport și se asigură curățarea acestora pe timp nefavorabil și întreținerea periodică pentru a fi practicabile/ utilizabile în orice situație.

Art.91. – La stabilirea priorităților privind evacuarea trebuie să se țină cont, printre altele, și de:

a) autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical;

b) procedurile specifice actului medical;

c) mijloacele de transport sau de deplasare pentru personalul evacuat;

d) gabaritul căilor de evacuare.

Art.92. – Situațiile de urgență sunt acele evenimente excepționale, cu caracter nonmilitar, care prin amploare și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediului înconjurător, valorile materiale și culturale importante iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri și acțiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare și managementul unitar al forțelor și mijloacelor implicate. **Situațiile de urgență care impun evacuarea, în raport de amploarea acestora, sunt următoarele:**

a) căderi masive de precipitații,

b) furtuni și viscol,

c) producerea unui cutremur,

d) alunecări de teren,

e) căderi de obiecte cosmice,

f) explozie,

g) accidente, avarii, explozii și incendii în activități de transport și depozitare produse periculoase,

h) accidente, avarii, explozii, incendii sau alte evenimente în activitățile nucleare sau radiologice,

i) prăbușiri de construcții, instalații sau amenajări,

j) eșecul utilităților publice,

k) producerea unui incendiu,

l) epidemii/ epizootii/ zoonoze.

Art.93. – Etapele procesului de evacuare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice sau explozie, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.

b) Este obligatoriu să se aștepte încetarea/ liniștirea situației și să se evite panica iar la derularea acțiunilor de evacuare se va ține cont de caracteristicile clădirii. După încetarea evenimentului nu se părăsește imediat clădirea ci se așteaptă semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.

c) Cadrele medicale trebuie să liniștească pacienții folosind expresii de tipul „Păstrați-vă calmul! Panica poate produce victime!”, „Fiți calmi, nu părăsiți încăperea!”.

d) Toți utilizatorii clădirilor și spațiilor specifice spitalului trebuie să se protejeze, pe cât posibil, stând ghemuiți, sub mese, sub paturi, ținându-se cu mâinile de picioarele acestora, sub o grindă de rezistență sau lângă un stâlp de rezistență/perete interior de rezistență, sub tocurile ușilor (preferabil-pentru a putea ține sub observație pacienții din saloane/ rezerve în timpul evenimentului), cu ușile întredeschise, pentru a menține libere căile de evacuare.

e) Însoțitorii persoanelor cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) trebuie să aibă grijă de acestea, protejându-le, pe cât posibil, sub o grindă sau lângă un stâlp de rezistență.

f) Tuturor persoanelor din clădire, inclusiv cele cu dizabilități și/ sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) li se recomandă să numere de la 1 la 60 pentru a avea o percepție reală asupra timpului.

g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereți, respectiv tablouri, ghivece cu flori, etc.

h) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă ferestre deoarece geamurile se pot sparge în timpul evenimentului.

i) Sub nici o formă nu se vor parcurge scările în timpul producerii evenimentului, fiind deasemenea, interzisă utilizarea lifturilor, așteptându-se liniștirea situației.

j) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.

k) După încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipa responsabilă cu evacuarea/ salvarea utilizatorilor pentru fiecare nivel al construcției și spațiilor specifice va asigura verificarea stării traseelor de evacuare (scări interioare, holuri, coridoare, uși, ieșiri, etc.), iar în cazul în care acestea sunt libere, neblocați, va da semnalul de alarmare/ evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.

l) În funcție de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parțială sau totală) va fi stabilită potrivit urgențelor.

m) Șeful echipei de evacuare/ salvare coordonează evacuarea utilizatorilor pe nivelul pentru care a fost desemnat.

n) La acțiunile de evacuare/ salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirii și spațiilor specifice unității sanitare.

o) Cadrele medicale care au în grijă pacienți cu dizabilități și/ sau handicap locomotor (nedeplasabili) verifică dacă însoțitorii au grijă de aceștia și îi pregătesc pentru evacuare/ salvare.

p) Persoanele care vor ieși primele din clădire sunt utilizatorii spațiilor ce se află în saloane/ rezerve/ cabinete/ spații situate la parter, în ordinea apropierii acestora față de ieșiri, urmând ca afluirea personalului spre exteriorul clădirilor, să se realizeze de la etajele superioare ale clădirilor, după caz.

q) Utilizatorii spațiilor care prezintă dizabilități și/ sau handicap locomotor (nedeplasabili) vor fi sprijiniți de persoanele însoțitoare care-i vor ajuta să se evacueze.

r) Pe timpul derulării operațiunilor de evacuare se va evita aglomerația holurilor, în special a scărilor și se va circula, pe cât posibil, pe lângă pereții ce nu au ferestre (de preferat).

s) Pentru protecția personală, utilizatorii pot folosi orice obiect pe care îl vor plasa deasupra capului, care va fi menținut în această poziție de la ieșirea din clădire până la locurile de adunare.

t) Toți utilizatorii construcției ies din clădire în șir de câte o persoană folosind toate traseele stabilite ca sigure în urma verificării integrității acestora spre locurile de adunare stabilite. Locurile de adunare sunt amplasate, în exteriorul construcțiilor la o distanță considerabilă de acestea fără a pune viața în pericol a utilizatorilor construcției în cazul producerii unui eveniment.

u) Șefii echipelor responsabile cu evacuarea/ salvarea utilizatorilor spațiilor pentru fiecare nivel al construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare se vor asigura că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/ sau au fost evacuați/salvați și vor anunța rezultatul managerului spitalului/ șefului compartimentului medical din care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, personalului desemnat cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor/ personalului de specialitate cu atribuții în domeniul situațiilor de urgență.

v) În situația în care există persoane care, datorită afectării construcției în urma producerii seismului (scări rupte, prăbușite, pereți căzuți, etc.) au rămas blocate în diverse spații, acestea vor folosi mijloace acustice (bătăi în corpuri metalice/ pereți sau alte obiecte dure, strigăte de ajutor, etc.) pentru a fi auzite de personalul echipelor de evacuare/salvare din cadrul serviciilor profesionale pentru situații de urgență chemați pentru intervenție prin apel la numărul unic 112.

Art.94. – Etapele procesului de evacuare și relocare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui incendiu presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Persoana care va observa incendiul va alarma alerta utilizatorii unitatii medicale si va apela imediat la numărul unic 112 și va anunța incidentul.

b) Se va acționa sistemul de alarmare în caz de incendiu din dotarea Spitalului de către personalul din tura de serviciu În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, sau utilizând alte mijloace telefonul mobil.

(ex.: Alarmă, Incendiu, Evacuarea!)

Personalul nominalizat în echipele de evacuare/ salvare va evacua pacienții în exteriorul construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare sau în alte zone ale acestora, conform planurilor de evacuare, ținând cont, totodată, de tipul de evacuare decis în acestea (“pe orizontală”, “pe verticală”, “parțială” sau “totală”).

c) În oricare din situațiile mai sus prezentate, cheia unei acțiuni reușite constă în trierea pacienților și stabilirea categoriilor cu prioritate la evacuare. Este recomandat să se încerce evacuarea etapizată, mai întâi în spații din unitatea sanitară neafectate/ izolate de incendiu și abia apoi în altă locație/ unitate sanitară cu paturi.

d) Pacienții stabili din punct de vedere fizic, care nu necesită eforturi prea mari din partea personalului pentru a fi transportați, trebuie să fie evacuați cu prioritate. Pacienții în stare gravă sau care necesită echipamente de susținere a vieții vor fi evacuați în etapa a II-a. De asemenea, se va ține cont și de locația evacuării, prioritatea de această dată fiind inversată.

e) La acțiunile de evacuare/ salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirilor și spațiilor specifice unității sanitare.

f) Se vor închide toate ferestrele încăperilor din zonele afectate de flacări de către personalul medical aflat în interiorul acestora.

g) Odată cu asigurarea operațiunilor de evacuare, se va asigura închiderea ușilor de pe căile principale de circulație, respectiv al încăperilor din ariile afectate, astfel încât, să se preîntâmpine alimentarea cu oxigen a incendiului din zona/ zonele unde acesta se manifestă.

h) Se vor menține deschise căile de acces în unitatea sanitară și se vor elibera căile de acces pentru autovehiculele de intervenție ale forțelor specializate.

i) Responsabilii din cadrul echipelor de evacuare/ salvare de pe fiecare nivel sau zonă delimitată din cadrul construcțiilor anunță situația evacuării conducătorului unității sanitare/ șefului compartimentului în care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.

j) Personalul responsabil cu verificarea evacuării tuturor utilizatorilor va verifica toate încăperile aferente fiecărui nivel al clădirilor și spațiilor respective pentru a se asigura că nu au rămas persoane în respectivele locații și că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile

și/sau au fost evacuați și anunță rezultatul conducătorului unității sanitare/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz, sau în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.

k) Se va intra în clădiri doar după intervenția și cu acordul serviciilor de urgență profesionale.

l) În cazul în care incendiul este de mică amploare personalul stabilit în organizarea intervenției de stingere la locul de muncă va acționa cu mijloace de primă intervenție din dotare (stingătoarele portative).

m) Pacienții/ persoanele internate se definesc, în funcție de posibilitatea de a evacua în caz de incendiu, astfel:

- pacienți care au autonomie totală privind deplasarea;
- pacienți care se deplasează lent și cu dificultate sau utilizează dispozitive de mers precum bastoane, cârje, cadre de sprijin;
- pacienți care necesită implicarea personalului responsabil pentru evacuarea acestora, prin utilizarea de mijloace de transport, cum ar fi cărucioare, târgi, paturi, prelate de transport pacienți;
- pacienți în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele și instalațiile utilizate în procesul medical, care au nevoie de o acțiune specială de însoțire și verificare a aparaturii medicale;
- pacienți grav bolnavi, pentru care evacuarea poate fi periculoasă și/ sau imposibilă pe termen scurt, determinată de complexitatea aparaturii care le asigură supraviețuirea și dependența totală a acestora.

Art.95. – Etapele procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Stabilirea priorităților de evacuare ținând cont de autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical, procedurile specifice actului medical, mijloacele de transport pentru personalul evacuat, dimensiunea căilor de evacuare. În situații care impun evacuarea și relocarea pacienților, responsabilitatea pentru stabilirea priorităților de evacuare revine:

- i. Directorului medical (înlocuitorului legal), în cazul unei evacuări/ relocări totale/ generale;
- ii. Șefilor de compartimente (înlocuitorului legal), în situația unei evacuări/ relocări parțiale.

b) O măsură preliminară în astfel de situații este marcarea din timp de către asistenții medicali șefi a ușilor saloanelor cu etichete de culoare roșie (pentru persoanele care nu se pot evacua singure), galbenă (pentru persoanele care necesită sprijin la evacuare) și verde (pentru persoanele care se pot evacua singure). Ulterior, repartiția în saloane a pacienților la momentul internării se va face de către asistenții medicali șefi prin luarea în considerare a autonomiei pacienților în caz de producere a unor urgențe.

c) Evacuarea pacienților se realizează:

- i. în mod organizat, sub supravegherea directă și strictă a personalului medical stabilit prin dispoziția conducerii spitalului;
- ii. pe locurile dinainte stabilite în incinta spitalului, în baza planurilor de evacuare.

d) Evacuarea în cazul pacienților grav bolnavi, în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele medicale care le asigură menținerea funcțiilor vitale se realizează cu asistență nemijlocită a personalului medical și, dacă este cazul, se asigură transportul către alte spitale utilizându-se unități mobile de reanimare;

e) Locurile de adunare temporară la evacuarea clădirii în diferite situații nu se amplasează în proximitatea clădirilor;

f) La finalul operațiunilor de evacuare, directorul medical sau șefii de secție (înlocuitorii legali), după caz, verifică lista pacienților pentru a se stabili dacă au fost evacuate toate persoanele.

g) După analizarea situațiilor și a consecințelor/ urmărilor evenimentului care a generat evacuarea, conducerea spitalului decide:

- i. dacă este posibilă revenirea pacienților în spațiile din care au fost evacuați dacă acestea nu sunt afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
- ii. dacă este necesară și posibilă relocarea pacienților în alte spații la nivelul spitalului, care nu au fost afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
- iii. dacă este necesară relocarea pacienților în alte spații/ unități sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinul structurilor specializate de intervenție în situații de urgență prin apelarea numărului unic 112. Până la sosirea echipajelor specializate pentru evacuarea și relocarea pacienților, acestora continuă să li se asigure asistență medicală, în limita posibilităților, în spații neafectate, amenajate temporar în incinta spitalului sau în spațiile din apropierea spitalului.

h) Anual, prin decizie a managerului se numește personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor care nu se pot evacua singure.

i) Anual, la propunerea personalului cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se planifică și se execută activități/ exerciții de evacuare și relocare la nivelul spitalului în diferite situații;

j) Conform planificării întocmite în acest sens, prin responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor, se verifică existența suficientă și starea mijloacelor proprii destinate evacuării/ relocării pacienților în diferite situații: târgi, cărucioare, paturi cu roțile, prelate de transport pacienți;

k) Efectuarea instruirii periodice a personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor și bunurilor.

Art.96. – (1) Evacuarea clădirilor/ spațiilor precum și a medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/ spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se realizează în baza unui ”*Plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă*”, întocmit și actualizat în permanență de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.

(2) În ”*Planul de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă*” sunt prevăzute persoanele convocate pentru fiecare tip de situație cu risc identificată și înlocuitorii acestora, responsabilitățile care revin respectivelor persoane în diferite situații de urgență, precum și schema de alarmare pentru situații cu risc/ urgențe/ catastrofe.

(3) Planul de acțiune în caz de dezastru natural și/ sau catastrofă prevede modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații cu risc/ urgențe/ catastrofe.

(4) Prevederile referitoare la responsabilitățile în caz de dezastru natural și/ sau catastrofă sunt menționate în fișele de post ale persoanelor responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/ sau catastrofă, prin grija șefilor ierarhici ai acestora, aspect care se verifică de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.

(5) Anual, prin grija responsabilului cu apărarea împotriva incendiilor, se planifică simularea/ verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/ sau catastrofă.

Art.97. – (1) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/ spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va face de către personalul spitalului în mod organizat, numai după primirea acordului serviciilor de urgență profesionale.

(2) Personalul care realizează evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/ spațiile afectate va purta în mod obligatoriu echipament de protecție.

(3) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate se va face prin relocarea acestora în spații neafectate, acordându-se prioritate acelor materiale/ echipamente de strictă necesitate, considerate ca fiind critice pentru îndeplinirea obiectivelor spitalului. Se va urmări de asemenea relocarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale cu valoare ridicată din clădirile/ spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență.

(4) Funcție de amploare, activitatea de evacuare a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/ spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență este condusă de către managerul spitalului sau responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor. Indiferent de natura/ valoarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale care se doresc a fi evacuate din clădirile/ spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va acorda o prioritate maximă siguranței personalului implicat în evacuare.

Art.98. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- sisteme de alarmare
- mijloace de transport sau de deplasare pentru evacuarea, relocarea pacienților (baste, carje, cadre de sprijin, carucioare, targa, prelată, paturi cu roțile)
- aparatura medicală care asigură dependența totală, supraviețuirea pacientului
- trusa de urgență/medicamente, materiale sanitare

Art.99. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale provocată de manifestarea unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice, explozie sau de producerea unui incendiu sunt următorii:

- a) Numărul de instruiți/ antrenări planificate privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic, să se realizeze în proporție de 100% conform planificării;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor planificate privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații, să se realizeze în proporție de 100% conform planificării în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Numărul exercițiilor planificate de evacuare a clădirilor în diferite situații, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile, să se realizeze în proporție de 100% conform planificării în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) În ultimul an calendaristic încheiat să se planifice și să se execute minim un exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U.;
- e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor se alocă în proporție de 100% resursele necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente, în limita bugetului cu această destinație aprobat.
- f) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, repartiția pacienților relocați în saloane respectă permanent codificarea privind mobilitatea acestora;
- g) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, sunt disponibile permanent suficiente târgi, carucioare, paturi cu roțile pentru a acoperi eventualele nevoi de evacuare a pacienților;

h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu, prin aplicarea prevederilor Planului Alb;

i) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, s-a avut în vedere ca paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili să fie mobile putând fi evacuat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de instruiți, de antrenari planificate, numărul de verificări și controale planificate, numărul exercițiilor de evacuare planificate, evaluări anuale, codificarea saloanelor, dotarea cu mijloace de transport, normativ de personal.

VIII. 6. Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute

Art.100. – Reglementarea procesului de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute are ca principale scopuri:

a) Asigură aducerea la cunoștința personalului spitalului, în timp oportun, a legilor, regulamentelor, ordinelor, normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute care vizează activități importante în cadrul Spitalului;

b) Asigură posibilitatea explicării unor termeni sau prevederi normative nou intrate în vigoare asigurându-se o conduită unitară a factorilor de răspundere din cadrul Spitalului în ceea ce privește aplicarea noilor norme legislative intrate în vigoare.

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.101. – Procesul de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prin grija consilierului juridic actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/ sau completate, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se postează într-unul din subdomeniile/ folderele existente în directorul **”Legislație” dispus pe serverul spitalului, în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.**

b) În situația în care este necesară postarea unor acte normative care completează și/ sau modifică acte normative aflate în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se va proceda prin grija consilierului juridic, după cum urmează:

- i. Se va radia forma neactualizată a actului normativ modificat și/ sau completat;
- ii. Se va posta forma actualizată a actului normativ care a fost modificat și/ sau completat iar la finalul denumirii acestuia se va adăuga luna și anul în care a fost realizată ultima modificare și/ sau completare (de forma: *”Legea 53_2003 Codul muncii_dec2018”*), în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.

c) Despre intrarea în vigoare a unor noi acte normative sau despre modificarea și completarea unor acte normative în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, prin grija consilierului juridic, se întocmesc, se afișează și se postează în folder-ul *”Legislație”* de pe serverul Spitalului anunțuri privind intrarea în vigoare, modificarea și/ sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului. Respectivul anunțuri cuprind, după caz:

- i. Denumirea actelor normative nou intrate în vigoare;
 - ii. Denumirea actelor normative modificate și/ sau completate, cu menționarea datei la care acestea au fost ultima dată modificate și/ sau completate;
 - iii. Atunci când se consideră necesar se menționează scurte indicații privind impactul pe care îl aduce intrarea în vigoare a respectivelor acte normative;
 - iv. Denumirea directorului și a subdomeniului/ folderului acestuia în care se postează actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/ sau completate.
- d) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/ sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, **se prezintă personalului acestuia de către managerul Spitalului/ șefii de structuri ale Spitalului, la propunerea șefilor acestora în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, în cadrul ședințelor întregului personal al Spitalului.**

e) Cu ocazia executării activității enunțate la punctul precedent, după caz, persoanele care prezintă legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/ sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, vor face precizări privind impactul pe care-l are intrarea în vigoare a respectivelor norme și responsabilitățile care revin personalului Spitalului.

f) Șefii de structuri din cadrul Spitalului au obligația de a informa verbal personalul din subordine care nu a participat la sedinte de prelucrari de ordine, despre intrarea în vigoare și/ sau modificarea unor acte normative incidente domeniului de activitate, în prima zi lucrătoare în care respectivele persoane se prezintă la serviciu.

g) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute care vizează doar anumite domenii din cadrul Spitalului și care sunt de interes doar pentru personalul anumitor structuri, se prezintă personalului acestora de către șefii de structuri în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, imediat după luarea la cunoștință privind intrarea în vigoare a acestora.

Art.102. – În situația în care parte din personalul Spitalului nu participă, din motive întemeiate, la sedintele în care se aduce la cunoștință despre intrarea în vigoare sau/ și despre modificări ale unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, este obligat ca în prima zi în care se prezintă la program, ulterioră executării respectivei activități, să procedeze la luarea la cunoștință a prevederilor legale prezentate în cadrul activităților la care nu a participat, consultând în acest sens anunțurile postate în folderul ”*Legislație*” de pe serverul Spitalului despre modificarea și/ sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului.

Art. 103. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: acte normative (legi, regulamente, ordine, norme, dispoziții, instrucțiuni), sistem informatic.

Art.104. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a activității de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinilor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute, sunt următorii:

a) Toate actele normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/ sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, au fost postate pe serverul Spitalului, în directorul ”*Legislație*”, în termenul stabilit;

b) Toate actele normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/ sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, s-au afișat anunțuri la avizier, în termenul stabilit, în măsura în care acestea nu au fost postate pe server spital;

c) Toate actele normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/ sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, au fost prezentate la sesiunile de prelucrare de ordine, în termenul stabilit.

Datele colectate pentru calcularea indicatorilor de eficiență și eficacitate sunt: acte normative nou intrate în vigoare, acte modificate sau completate, afișate sau prezentate la sesiuni.

VIII. 7. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora)

Art.105. – Reglementarea procesului de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora are ca principale scopuri:

a) Se asigură respectarea de către spital a legislației în vigoare cu privire la securitatea datelor;

b) Se asigură garantarea și protejarea drepturilor și libertăților fundamentale ale persoanelor fizice;

c) Asigură stabilirea de măsuri tehnice și organizatorice pentru îndeplinirea obligațiilor referitoare la securitatea și controlul sistemelor informatice, în vederea asigurării confidențialității datelor și informațiilor precum și pentru păstrarea în siguranță a acestora, în cadrul activității curente executate de angajați.

d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.106. – Procesul de protecție a datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Stocarea în siguranță a informațiilor reprezintă un atribut al modulului informatică și se realizează astfel încât să se asigure un nivel adecvat de protecție și securitate.

b) Pentru îndeplinirea prevederilor legale referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal și satisfacerea cerințelor păstrării în siguranță a datelor și informațiilor, prin grija modulului informatică se elaborează și implementează măsuri organizatorice și tehnice orientate pe anumite direcții de acțiune, și anume identificarea și autentificarea utilizatorilor, tipul de acces, colectarea datelor, execuția copiilor de siguranță, computerele și terminalele de acces, fișierele de acces precum și instruirea personalului.

c) În vederea asigurării confidențialității datelor și informațiilor fiecare utilizator pentru a căpăta acces la baza de date cu caracter personal trebuie să se identifice prin cod și parolă. Codurile de identificare și parolele sunt atribuite prin grija structurii informatică, sunt unice, iar fiecare utilizator este obligat să păstreze confidențialitatea acestora.

d) Orice modificare a datelor cu caracter personal se poate face numai de către utilizatori desemnați de operator. Computerele și terminalele vor fi setate de către structura informatică astfel încât dacă pe ecran apar date cu caracter personal asupra cărora nu se acționează o perioadă prestabilită de timp, sesiunea de lucru se va închide.

e) Deasemenea orice accesare a bazei de date cu caracter personal va fi înregistrată în sistem, structura informatică având posibilitatea de a vizualiza aceste informații.

f) Pentru protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora modulul de comunicații și informatică va fi în măsură să instruiască personalul/utilizatorii cu privire la riscurile ce le comportă această activitate. Deasemenea pentru menținerea securității prelucrării datelor cu caracter personal se va interzice folosirea de către utilizatori a programelor software care provin din surse externe și implementarea unor sisteme de devirusare.

g) Responsabilul cu protecția datelor cu caracter personal se subordonează nemijlocit conducătorului operatorului sau, și are atribuții specifice, adaptate legislației incidente în vigoare, înscrise în fișa de post/ decizie.

h) Utilizatorii sistemelor informatice au următoarele obligații specifice:

- i. să cunoască și să aplice prevederile actelor normative din domeniul prelucrării datelor cu caracter personal;
- ii. să informeze persoana vizată atunci când datele cu caracter personal sunt colectate direct de la aceasta, în condițiile legii, cu privire la: identitatea operatorului, scopul în care se face prelucrarea datelor, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, obligativitatea furnizării tuturor datelor cerute și consecințele refuzului de a le pune la dispoziție, drepturile prevăzute de lege, în special drepturile de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, condițiile în care pot fi exercitate aceste drepturi, respectiv să ofere orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziții ale Autorității naționale de supraveghere și în confirmare cu exercitarea dreptului de informare prevăzut în Regulamentul 679/2016, ținând seama de specificul prelucrării;
- iii. să prelucreze numai datele cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor de serviciu și să acorde sprijin responsabilului/ structurii responsabile cu protecția datelor cu caracter personal pentru realizarea activităților specifice ale acestuia/ acesteia;
- iv. să păstreze confidențialitatea datelor prelucrate, a contului de utilizator, a parolei/ codului de acces la sistemele informatice/ baze de date prin care sunt gestionate date cu caracter personal;
- v. să respecte măsurile de securitate, precum și celelalte reguli stabilite de operator, inclusiv cele stabilite prin proceduri proprii;
- vi. să informeze de îndată conducerea operatorului sau, după caz, a împuternicitului și responsabilul/ structura responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal despre împrejurări de natură a conduce la o diseminare neautorizată de date cu caracter personal sau despre o situație în care au fost accesate/ prelucrate date cu caracter personal prin încălcarea normelor legale, despre care a luat la cunoștință.

i) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți. Baza de date este securizată prin parola de utilizator și utilizată doar de utilizatorii desemnați. Utilizatorul poate prelucra date cu caracter personal doar pe perioada în care ocupă funcția respectivă. Extinderea sau restrângerea atribuțiilor de prelucrare a acestor date se dispune de operator atunci când se afla în una din următoarele situații:

- i. La modificarea raporturilor de muncă;
- ii. La modificarea atribuțiilor privind prelucrarea datelor cu caracter personal, prevăzute în fișa postului;
- iii. Se află în concediu fără plată, concediu medical, concediu pentru creșterea sau îngrijirea copilului minor pentru o perioadă mai mare de 3 luni calendaristice;
- iv. Se află în concediu de maternitate sau concediu pentru incapacitate temporară de muncă;
- v. Urmează un curs sau o specializare cu scoatere din program, pentru o perioadă mai mare de 3 luni calendaristice;
- vi. Pe perioada cercetării administrative, în situația în care față de utilizator se efectuează cercetări referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal cu încălcarea dispozițiilor legale;
- vii. Alte cazuri prevăzute de lege.

Art.107. – (1) În cazul procesului de furnizare a serviciilor medicale Spitalului colectează și prelucurează date cu caracter personal aparținând pacienților, medicilor, angajaților și candidaților care acced la un post în cadrul spitalului, după cum urmează:

a) în cazul pacienților, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ce revine personalului spitalului conform legii, realizarea dezideratului de medicină preventivă, de stabilire a diagnosticelor medicale, de administrare a unor îngrijiri sau tratamente ori de gestionare a serviciilor de sănătate care acționează în interesul persoanei vizate;

b) în cazul medicilor, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă și de gestionarea a serviciilor de sănătate;

c) în cazul angajaților, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă;

d) în cazul candidaților, pentru activități specifice compartimentul resurse umane.

(2) Furnizarea datelor solicitate de spital este necesară pentru îndeplinirea scopurilor mai sus menționate.

Art. 108. – Datele personale privind starea de sănătate sunt protejate conform regulilor stabilite de legislația în domeniul drepturilor pacienților, prelucrarea acestora fiind permisă numai cu respectarea secretului profesional.

Art. 109. – Pentru conformarea la cerințele legale sau de acreditare, o parte din aceste date personale sunt transmise către terțe părți: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, INSP, D.S.P., REVISAL, ANAF, AJOFM, etc transmiterea făcându-se cu respectarea prevederilor legale privind protecția datelor personale, utilizând după caz sisteme de criptare, pseudonimizare sau anonimizare.

Art. 110. – (1) Datele personale pot fi păstrate în scopuri statistice, științifice sau istorice, colectarea și prelucrarea acestora făcându-se atât prin utilizarea suportului de hârtie cât și cu ajutorul unor aplicații informatice, după caz.

(2) Persoanele vizate de prelucrarea datelor cu caracter personal au următoarele drepturi:

a) de a fi informate cu privire la datele colectate, scopul colectării, prelucrării, categoriile de destinatari ai datelor cu caracter personal,

b) de a solicita rectificarea sau corectarea informațiilor în situația în care acestea sunt incorecte sau incomplete,

c) de a solicita ștergerea lor când prelucrarea nu mai este necesară,

d) de a solicita restrângerea prelucrării.

Art. 111. – Dreptul de a fi informat este unul dintre drepturile persoanelor a căror date cu caracter personal sunt completate și/ sau prelucrate, care se referă – în principal – la următoarele aspecte:

a) În cazul în care datele cu caracter personal sunt obținute direct de la persoana vizată, operatorul este obligat să furnizeze persoanei vizate cel puțin următoarele informații, cu excepția cazului în care această persoană posedă deja informațiile respective:

i. identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;

ii. datele de contact ale responsabilului cu protecția datelor, după caz;

iii. scopul în care se face prelucrarea datelor;

iv. informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor prevăzute de prezenta lege pentru persoana vizată, în special a dreptului de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;

v. orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

b) Clădirile care sunt supravegheate video vor avea, la intrare, afișat în loc vizibil, informarea privind prelucrarea și stocarea de imagini.

c) În caz că spitalul în calitate de operator, prelucrează date cu caracter personal prin împuterniciți, trebuie să încheie un contract sau un document de cooperare cu instituția sau entitatea de drept privat care prelucrează datele pe seama sa. Documentul trebuie să conțină obligațiile împuternicitului de a acționa doar în baza instrucțiunilor primite de la operator precum și de a aplica măsurile tehnice și organizatorice pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii ori accesului neautorizat, în special dacă prelucrarea respectivă presupune transferul de date on-line, precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală.

d) Prelucrarea datelor cu caracter personal se poate realiza prin mijloace automate sau neautomate în cadrul unor operațiuni ori seturi de operațiuni, fără a fi limitate la acestea, după cum urmează:

- i. colectarea - strângerea, adunarea ori primirea datelor cu caracter personal prin orice mijloace legale și din orice sursă;
- ii. înregistrarea - consemnarea datelor cu caracter personal într-un sistem de evidență automat ori neautomat, care poate fi registru, fișier automat, baza de date sau orice alta formă de evidență organizată structurată ori ad-hoc sau într-un text, înșiruire de date ori documente, indiferent de modalitatea în care se înscriu datele;
- iii. organizarea - ordonarea, structurarea sau sistematizarea datelor cu caracter personal, conform unor criterii prestabilite, potrivit obligațiilor legale ale operatorului, în scopul eficientizării/ optimizării activităților de prelucrare a acestora;
- iv. stocarea - păstrarea pe orice fel de suport a datelor cu caracter personal culese, inclusiv prin efectuarea copiilor de siguranță;
- v. -adaptarea - transformarea datelor cu caracter personal colectate inițial, conform criteriilor prestabilite și scopurilor pentru care au fost colectate;
- vi. modificarea - actualizarea, completarea, schimbarea, corectarea ori refacerea datelor cu caracter personal, în scopul menținerii caracteristicilor de exactitate, realitate, actualitate;
- vii. extragerea - scoaterea unei părți din categoria specifică de date cu caracter personal, în scopul utilizării acesteia, separat și distinct de prelucrarea inițială;
- viii. consultarea - examinarea, vizualizarea, interogarea ori cercetarea datelor cu caracter personal, fără a fi limitate la acestea, în scopul efectuării unei operațiuni sau set de operațiuni de prelucrare ulterioară;
- ix. utilizarea - folosirea datelor cu caracter personal, în tot sau în parte, de către și în interiorul operatorului, împuterniciților operatorului ori destinatarului, după caz, inclusiv prin tipărire, copiere, multiplicare, scanare sau orice alte procedee similare;
- x. dezvăluirea - a face disponibile date cu caracter personal către terți prin comunicare, transmitere, diseminare sau în orice alt mod;
- xi. combinarea - îmbinarea, unirea sau asamblarea unor date cu caracter personal separate inițial, într-o formă nouă, pe baza unor criterii prestabilite, pentru scopuri anume determinate;
- xii. blocarea - întreruperea prelucrării datelor cu caracter personal;
- xiii. ștergerea - eliminarea sau înlăturarea, în totalitate sau în parte, a datelor cu caracter personal din evidențe sau înregistrări, prin împlinirea termenului de păstrare, la atingerea scopului pentru care au fost introduse, caducitate;

e) Colectarea datelor cu caracter personal se poate face direct de la persoana vizată sau prin surse specifice, care pot fi, dar fără a se limita la: activitatea proprie a operatorului sau a împuterniciților acestuia, consultarea directă a unor sisteme de evidență a datelor cu caracter personal constituite de alți operatori ori schimbul de date și informații cu alți operatori, naționali sau internaționali, cu respectarea drepturilor persoanelor vizate și instituirea unor măsuri adecvate de securitate a prelucrărilor.

f) Stocarea datelor cu caracter personal se realizează în condițiile stabilite prin actul normativ care reglementează scopul prelucrării și potrivit regulilor generale de arhivare a documentelor.

g) Spitalul prelucrează datele cu caracter personal în scopuri de organizare, gestiune economico-financiară și administrativă privind proprii angajați, în cadrul activității de management resurse umane, asigurarea asistenței medicale.

h) Spitalul prelucrează datele cu caracter personal cu ocazia organizării unor concursuri sau examene, stabilesc condițiile concrete de asigurare a securității prelucrărilor, precum și de informare a persoanelor vizate privind drepturile acestora. Datele cu caracter personal astfel prelucrate se arhivează conform legii după realizarea scopului în care au fost prelucrate. Stocarea acestor date pentru o perioadă mai mare decât cea necesară realizării scopului se poate efectua numai pentru interes statistic, după ce au fost transformate în date anonime.

i) Supravegherea prin mijloace video, fixe, a unor spații publice perimetrare ori adiacente propriilor sedii, precum și a spațiilor interioare ale acestora constituie o prelucrare a datelor cu caracter personal doar dacă aceasta este însoțită de un sistem de stocare a datelor care permite identificarea ulterioară, prin orice mijloace, a persoanei vizate. În acest caz este obligatorie avertizarea personalului propriu și a publicului privind existența sistemului de supraveghere, precum și informarea acestuia privind identitatea operatorului, scopul prelucrării, categoriile de date prelucrate, destinatarii datelor sau alte date suplimentare, după caz, conform legii. Instalarea acestor mijloace se realizează astfel încât, pe cât posibil, să nu fie vizualizat interiorul altor imobile sau căi de acces la acestea, aflate în zona adiacentă echipamentelor de supraveghere.

Art. 112. Măsurile tehnice privind prelucrarea datelor cu caracter personal care trebuiesc luate la nivelul spitalului de diferiți operatori, sunt următoarele:

a) Toate documentele care conțin date cu caracter personal se înregistrează și urmează regulile de păstrare, procesare, multiplicare, transport, transmitere, distrugere și arhivare stabilite prin Legea arhivelor naționale și prin reglementări interne.

b) Conducătorul operatorului stabilește fiecărui utilizator tipurile de acces și, operațiunile permise acestuia, strict necesare pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu.

c) Cu ocazia proiectării, întreținerii, actualizării aplicațiilor de gestiune a bazelor de date, se interzice accesul programatorilor/ personalului de întreținere a sistemelor informatice în orice fel de date cu caracter personal deținute, create și accesate de personalul din structura respectivă. În aceste situații, se pun la dispoziția programatorilor/ personalului de întreținere, numai date anonime.

d) Pentru cazuri excepționale, numai pe durata intervenției și circumstanțiat limitativ la datele strict necesare, persoanele care asigură suportul tehnic pot avea acces la datele cu caracter personal numai în prezența unui utilizator desemnat de operator, în aceasta situație, răspunderea pentru păstrarea confidențialității datelor aparține celui în cauză, sens în care trebuie să semneze un angajament de confidențialitate.

e) Operațiunile de colectare, introducere, modificare și actualizare a datelor cu caracter personal se fac numai cu personalul anume desemnat de către conducătorii operatorului.

f) Conducătorii operatorilor dispun măsurile necesare care să permită identificarea utilizatorului care a introdus, modificat sau actualizat datele.

g) Bazele de date cu caracter personal deținute/ create și programele folosite de operatori sunt salvate, prin copii de siguranță, la un interval de timp stabilit de conducătorii operatorului, în funcție de mărimea, volumul și importanța acestora, care nu poate depăși 6 luni.

h) Conducătorii operatorului desemnează utilizatorii care trebuie să aibă ca atribuție de serviciu și executarea copiilor de siguranță ale bazelor de date deținute/ create și ale programelor folosite.

i) Accesul în încăperile în care se află documente ce conțin date cu caracter personal și/ sau echipamente care prelucrează date cu caracter personal este strict limitat la utilizatorii desemnați și numai pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu.

j) În cazul în care nu se poate restricționa accesul în aceste încăperi, documentele se securizează în dulapuri/ fișete metalice închise cu chei; echipamentele se securizează cu chei.

k) Aplicațiile informatice care gestionează date cu caracter personal trebuie prevăzute cu facilitatea închiderii automate a sesiunii de lucru dacă utilizatorul nu acționează asupra datelor afișate pe ecran o perioadă de timp de până la 5 minute, stabilită în funcție de operațiile care trebuie executate.

l) Utilizarea datelor cu caracter personal de către spitalul nostru este în conformitate cu reglementările legale în vigoare și ține cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Art. 113. Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal, se referă în principal la următoarele aspecte:

a) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună-credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

b) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.

c) Pacienții sunt informați, cu privire la:

- i. identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
- ii. scopul în care se face prelucrarea datelor;
- iii. informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;
- iv. orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, având în vedere specificul prelucrării.

Art.114. (1) Planurile de pregătire la nivelul operatorilor trebuie să conțină teme privind cunoașterea legislației naționale și a acquis-ului comunitar în materia prelucrării datelor cu caracter personal, precum și teme specifice privind riscurile pe care le comportă prelucrarea datelor și măsurile minime de securitate, în funcție de specificul activității fiecărui operator.

(2) Periodic se realizează instructaje cu utilizatorii pentru cunoașterea procedurilor specifice de lucru instituite la nivelul fiecărui operator.

(3) Instructajele se efectuează în mod obligatoriu la modificarea cadrului legal în materie, iar prelucrarea incidentelor se va realiza cu întregul personal al operatorului.

(4) Utilizatorii trebuie să fie instruiți periodic cu privire la riscurile generate de vulnerabilități și amenințări informatice.

Art.115. (1) Responsabilii de proces (registratorul/ operatorul/ asistentul medical) asigură păstrarea confidențialității datelor, informațiilor și documentelor cu privire la pacienții și/ sau tutorii/ reprezentanții legali ai acestora.

(2) Personalul din cadrul Serviciului RUNOS asigură păstrarea confidențialității datelor, informațiilor și documentelor din dosarele de personal ale salariaților/ candidaților la concurs/ examen.

(3) Structura informatică are următoarele responsabilități:

- i. monitorizează buna funcționare echipamentelor și soft-urilor necesare prelucrării în condiții de siguranță a datelor cu caracter personal ale persoanelor vizate; monitorizează accesul la datele cu caracter personal ale persoanelor vizate;
- ii. persoana responsabilă cu protecția datelor monitorizează respectarea legislației aplicabile, a altor dispoziții de drept al Uniunii sau de drept intern referitoare la protecția datelor și a politicilor operatorului sau ale persoanei împuternicite de operator în ceea ce privește protecția datelor cu caracter personal, inclusiv alocarea responsabilităților și acțiunile de sensibilizare și de formare a personalului implicat în operațiunile de prelucrare, precum și auditurile aferente.

(4) Șefii/ coordonatorii de structuri sunt responsabili cu protecția datelor cu caracter personal și au următoarele atribuții principale:

Stabilesc scopul și mijloacele de prelucrare a datelor cu caracter personal atunci când acestea sunt necesare pentru exercitarea unor competențe legale;

- i. Asigură elaborarea și punerea în aplicare a procedurilor proprii;
- ii. Asigură implementarea și monitorizarea respectării normelor procedurale în materia prelucrării datelor cu caracter personal de către utilizatori;
- iii. Coordonează și monitorizează respectarea normelor procedurale în materia prelucrării datelor cu caracter personal la nivelul operatorului;
- iv. Asigură desfășurarea pregătirii de specialitate și instruirea utilizatorilor în acest domeniu;
- v. Dispune măsuri de completare sau, după caz, de modificare a fișei postului utilizatorilor;
- vi. Analizează și dispune în ceea ce privește suspendarea sau revocarea dreptului de acces al utilizatorilor la sisteme de evidență a datelor cu caracter personal, în condițiile legii;
- vii. Dispune măsuri pentru exercitarea drepturilor de către persoana vizată;
- viii. Coordonează soluționarea cererilor persoanei vizate;
- ix. Țin evidența cererilor persoanelor vizate;
- x. Analizează periodic activitatea utilizatorilor;
- xi. Informează managerul despre vulnerabilitatea și riscurile semnalate în sistemul de securitate al prelucrării datelor cu caracter personal și propune măsuri de înlăturare a acestora;
- xii. Informează managerul despre orice încălcare a normelor protecției datelor cu caracter personal de natură a prejudicia drepturile persoanei vizate, cu privire la măsurile dispuse pentru identificarea persoanei responsabile și limitarea efectelor unei diseminări neautorizate a datelor, precum și cu privire la situațiile în care au fost emise recomandări sau aplicate sancțiuni de către Autoritatea Națională de Supraveghere sau când aceasta a dispus efectuarea unui control prealabil sau a unor investigații.

Art.116 Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: sistem informatic de stocare date și informații, baza de date, copii de siguranță, computere, terminale de acces, fișiere, arhiva.

Art.117. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora:

a) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea confidențialității datelor și informațiilor personale precum și păstrarea în siguranță a acestora, în cadrul activității spitalului, este de maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

b) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea accesului la datele personale ale pacientului determinate de îngredirea drepturilor pacienților/apartenențelor, este de maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul reclamațiilor legate de confidențialitatea datelor și informațiilor, numărul reclamațiilor privind accesul/îngredirea drepturilor pacienților.

VIII. 8. Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate

Art.118. –Reglementarea modalității în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, are ca principale scopuri:

a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;

b) Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care spitalul dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.119. – Modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală, de la medici din cadrul spitalului sau medici acreditați din afara spitalului.

b) În sensul celor menționate la lit. a), medicul curant asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal a rubricii ”Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală” din formularul ”Acordul pacientului informat” – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței ”DA”, urmată de obținerea semnăturii pacientului.

c) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul

medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea, situație în care pacientul va achita contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.

d) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, iar acest aspect presupune repetarea respectivelor investigații dar cu alte echipamente medicale decât cele utilizate în prima etapă, medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia situație în care pacientul va achita spitalului contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.

e) Exprimarea unei o “a doua opinii medicale” din partea unui medic din cadrul spitalului, este condiționată de acordul inițial al respectivului medic cât și de acordul șefului de compartiment căruia îi este subordonat medicul curant al pacientului care își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate).

f) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale, cu aprobarea șefului compartiment și a directorului medical (prin parafarea F.O.C.G.). În condițiile în care medicul care a acceptat să ofere pacientului o ”a doua opinie medicală” nu este angajat/colaborator al spitalului, șeful compartimentului va aproba accesul acestuia la pacient în spital și la informațiile medicale disponibile, fără a permite efectuarea de acte medicale utilizând resursele spitalului.

g) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), iar acest lucru presupune deplasarea pacientului la o altă unitate sanitară publică, cu aprobarea șefului de compartiment și a directorului medical (se parafează F.O.C.G.), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale.

h) Pacienților care își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), li se facilitează accesul în limita convențiilor/ contractelor/ protocolelor de colaborare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o “a doua opinie medicală”.

i) Solicitarea de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului sau din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), se poate formula de către pacient în scris sau verbal.

j) Exprimarea unei o ”a doua opinie medicală” de către medici încadrați în cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I se înscrie în F.O.C.G.-ul pacientului internat care a solicitat respectiva opinie, cu mențiunea că respectiva opinie este formulată la cererea expresă a pacientului.

k) Exprimarea unei o ”a doua opinie medicală” de către medici acreditați încadrați în cadrul altor unități sanitare decât a Spitalului, se înscrie pe documente medicale, după caz, care se atașează ulterior la F.O.C.G.-ul pacientului internat care a solicitat respectiva opinie, cu mențiunea că respectiva opinie este formulată la cererea expresă a pacientului.

l) Plata serviciilor medicale acordate pacienților internați de către unități sanitare publice/ medici acreditați din afara Spitalului se suportă integral de către pacienții care și-au

manifestat dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală”, în baza tarifelor practicate de către respectivele unități sanitare publice/ medici acreditați.

m) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la procedurile care asigură accesul pacientului la ”a doua opinie medicală”.

n) Anual, de regulă în luna decembrie, prin grija directorului medical, Consiliul medical va analiza situația cazurilor pentru care a fost solicitată o ”a doua opinie medicală”, primită de la medici angajați ai spitalului. În acest sens, lunar, în cadrul ședințelor Consiliului medical se vor centraliza de către secretarul Consiliului medical situațiile pentru care a fost solicitată o ”a doua opinie medicală”, primită de la medici angajați ai spitalului.

Art.120. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- documente medicale (FOCG, solicitare pacient)
- contracte, convenții, protocoale de colaborare cu alte unitati sanitare

Art.121. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” unor alți medici angajați ai spitalului precum și medicilor care nu sunt angajați ai spitalului, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate sunt următorii:

a) Asigurarea la cerere, în proporție de 100%, a accesului la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.

b) Asigurarea la cerere, în proporție de 100%, a accesului la o “a doua opinie medicală” din partea unor medici acreditați din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.

c) Să existe permanent în vigoare, minim o convenție/ contract/ protocol de colaborare încheiat de către Spital cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o “a doua opinie medicală”.

d) Accesul la o “a doua opinie medicală” din partea unor medici acreditați din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate) în specialități medicale similare celor din Spitalului se realizează în proporție de 100% în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul solicitărilor pentru „a doua opinie medicală”, numărul consulturilor de specialitate din partea altor medici acreditați din spital sau din alta unitate sanitara.

VIII. 9. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal

Art.122. – Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal are ca principale scopuri:

a) Se înscrie în politica de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale a Spitalului Salvosan Ciobanca I;

b) Asigură un set unitar de reguli pentru încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal;

c) Descrie modalitățile prin care relația medic-pacient poate înceta, fără a afecta deontologia profesională și normele de conduită;

d) Garantează și protejează drepturile pacienților împotriva oricăror forme de discriminare pe criterii interzise de lege;

e) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.123. – Etapele procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Între medic și pacient trebuie să existe o relație de încredere, iar acordarea asistenței medicale se face după acceptarea anterioară de către medic a persoanei ca pacient. Personalul medical din cadrul Spitalului nu are dreptul să refuze o persoană pe criterii etnice, religioase și de orientare sexuală sau pe alte criterii de discriminare interzise de lege. Criteriile de acceptare ca pacienți de către medici a persoanelor cărora li se adresează, sunt următoarele:

i. metoda de prevenție, diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să facă parte din specialitatea/ competența medicului, asistentului medical;

ii. persoana în cauză să facă o solicitare scrisă către medic, asistentul medical de acordare a asistenței medicale, cu excepția cazurilor în care persoana este lipsită de discernământ. Solicitarea va fi păstrată în fișa medicală sau, după caz, într-un registru special;

iii. aprecierea medicului, asistentului medical că prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei căreia i se acordă asistența medicală. Aprecierea se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.

b) Spitalul are obligația de a asigura efectuarea de intervenții medicale asupra pacientului numai dacă dispune de dotările necesare și de personal acreditat pentru a acorda respectivelor îngrijiri medicale sau are servicii externalizate în baza unor contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale acreditați. Intervențiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate și în absența acestor condiții numai în cazuri de urgență apărute în situații extreme.

c) Refuzul acordării asistenței medicale poate avea loc strict în condițiile legii sau dacă prin solicitare, persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i știrbi independența profesională, a-i afecta imaginea morală ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic. În urma acceptării pacientului, personalul medical acordă îngrijirile medicale conform standardelor terapeutice stabilite de protocoalele aprobate la nivel național, asigurându-se că prevalează interesul și binele pacientului.

d) Întrucât drepturile universale de respectare a intimității și dreptul la autodeterminare coexistă actului medical, nici un pacient nu poate fi consultat împotriva propriei voințe, obligația de îngrijire nu subzistă în cazul pacienților care refuză explicit să-și dea consimțământul pentru consult sau tratament. Refuzul pacientului de a mai primi asistența medicală se înscrie de către acesta pe formularul *"Acordul pacientului informat"* anexă la *O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI "Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, care se introduce în F.O.C.G/ documentele medicale. În această situație, pacienților trebuie să li se explice consecințele refuzului sau opririi actelor medicale, persistența pacienților în a nu accepta acordarea de servicii medicale conducând la încetarea furnizării acestora fără afectarea deontologiei profesionale.

e) Încetarea furnizării asistenței medicale și a responsabilității medicale încetează și în situația în care pacientul nu respectă cu strictețe prescripția sau recomandarea medicală.

f) Personalul medical este dator să stăruie și să se asigure că decizia profesională luată în legătură cu pacientul respectă normele și obligațiile profesionale și regulile de conduită deontologică, vindecarea bolii reprezentând momentul încetării relației medic-pacient.

g) În situația în care patologia prezentată necesită și justifică asistența altui medic, cu competențe sporite, medicul curant întrerupe relația cu pacientul și îl trimite altui medic, furnizându-i acestuia din urmă toate datele medicale obținute, care justifică asistența altui medic cu competențe sporite.

h) Pentru a beneficia de servicii medicale pacienții respectă cu strictețe indicațiile medicului și au obligația să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar. Ori de câte ori un pacient dovedește un comportament ostil, o conduită necivilizată, medicul curant are posibilitatea de a întrerupe relația cu pacientul ireverențios.

i) În toate situațiile în care pacientul manifestă o atitudine ostilă și/ sau ireverențioasă față de medic, întreruperea relației va fi inițiată de către medic printr-o notificare adresată respectivului pacient în care își exprimă dorința terminării relației. În măsura în care nu se pune în pericol starea sănătății pacientului, medicul trimite notificarea cu cel puțin 5 zile înainte pentru a-i da posibilitatea respectivului pacient de a găsi o altă alternativă, în caz contrar medicul asigură asistența medicală până la găsirea altui medic sau până la ameliorarea stării de sănătate. În vederea realizării notificării anterior menționate, medicul trebuie să motiveze temeiul refuzului, astfel încât acesta să nu fie unul arbitrar. Notificarea se întocmește de către medicul curant în dublu exemplar, unul fiind transmis pacientului cu minimum 5 zile înaintea terminării relației, iar celălalt exemplar urmând să rămână la medic. În notificare se va preciza că terminarea relației în momentul notificării nu pune în pericol viața pacientului.

j) În mod obligatoriu, la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului echipa medicală consemnează în documentele medicale respectiva decizie.

Art.124. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: solicitare scrisă către medic, FOCG, fise medicale, registru, notificari.

Art.125. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, a fost consemnată în F.O.C.G. în toate cazurile în care s-a impus;

b) Numărul de reclamații ale pacienților motivate de încetarea abuzivă a medicilor a asistenței medicale, este de maxim 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

c) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile în care s-a impus, au fost transmise notificări pacienților în care medicii își exprimă dorința terminării relației medic-pacient, acestea având motivat temeiul refuzului.

Date necesare pentru indicatorii de eficiență și eficacitate: FOCG cu decizii de încetare a furnizării serviciilor medicale, reclamațiile pacienților motivate de încetarea abuzivă a asistenței medicale, notificari privind terminarea relațiilor medic-pacient.

VIII. 10. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil

Art.126. – Reglementarea procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unor reguli unitare adecvate de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.

b) Stabilirea condițiilor în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.127. – (1) Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical și/ sau a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

(2) Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei și atunci când își depășește competențele, cu excepția cazurilor de urgență în care nu este disponibil personal medical ce are competența necesară.

(3) **Situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității,** sunt acele situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață de următoarea natură:

a) Intervenții salvatoare de viață la nivelul căilor aeriene:

- Ventilație pe mască și balon;
- Susținere avansată a căilor aeriene;
- Manevra Heimlich;

b) Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:

- Defibrilare;
- Cardioversie de urgență;

c) Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:

- Compresiuni toracice externe;

d) Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:

- Resuscitare volemică cu fluide i.v.;
- Controlul sângerărilor majore;

e) Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:

- Glucoza 33%;
- Atropină;
- Adrenalină.

f) Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, SaO₂<90%, modificări acute ale statusului mental, inconștient⁵.

(4) Exemple de situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață:

a) stopul cardiorespirator;

⁵ Starea de inconștiență este definită astfel:

- pacientul nu vorbește și nu execută comenzile (modificare acută); și/sau
- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.
- insuficiență respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;
- bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;
- pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată;
- pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, TA<70mmHg (determinată anterior prezentării);
- puls slab filiform, FC<30;
- copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;
- pacient areactiv cu halenă etanolică;
- hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

- b) insuficiență respiratorie severă; – SpO₂<90%;
- (5) Nu se consideră intervenții salvatoare de viață următoarele:
- c) Administrarea de oxigen:
 - pe mască facială
 - pe canulă nazală;
- a) Monitorizarea cardiacă;
- b) Următoarele teste diagnostice:
 - Electrocardiograma;
 - Testele de laborator;
 - CT
 - Ecografie;
 - Linie i.v.;
 - Gardă i.v. pentru administrarea medicației;
- c) Administrarea următoarelor medicamente:
 - Aspirină;
 - Nitroglicerină i.v.;
 - Antibiotice;
 - Heparină;
 - Analgetice;
 - Beta-agoniști pe cale inhalatorie.

Art.128. – (1) Etapele procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului efectuează activitățile medicale conform specificului și atribuțiilor proprii, pentru a nu afecta siguranța pacientului și a diminua încrederea în deciziile sau integritatea sa profesională, asigurând asistență medicală nediscriminatoriu;

b) În situații de urgență cu risc vital imediat personalul medico-sanitar poate efectua acte medicale cu depășirea competenței deținute în condițiile în care nu este disponibil personalul medico-sanitar care deține competența necesară și starea pacientului nu permite amânarea intervenției medicale sau transferul acestuia la o altă unitate, prioritatea avută în vedere fiind aceea de susținere a funcțiilor vitale ale pacientului, aceasta fiind condiția necesară și suficientă pentru a exclude malpraxisul medical.

c) Personalul medical care a intervenit cu depășirea competenței va completa formularul de „Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență” prevăzut în Anexa nr. 2 la O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Raspunderea civila a personalului medical si a furnizorului de produse si servicii medicale, sanitare si farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificările și completările ulterioare, și va menționa inclusiv condițiile care au permis depășirea competenței – situația de urgență cu risc iminent pentru viața/degradarea ireversibilă a stării de sănătate a pacientului și lipsa personalului medical competent. Acest formular va fi semnat de către membrii personalului medico-sanitar care au acordat asistența medicală (medici/ asistenți medicali) și de către șeful structurii medicale care atestă personalul medical existent la locul furnizării actului medical.

d) În cazul în care la apariția unei situații de urgență cu risc vital imediat există posibilitatea și/ sau timpul necesar solicitării și obținerii acordului pacientului/reprezentantului legal, rudei cele mai apropiate, autorității tutelare, actul medical se va efectua după obținerea acestuia.

e) În situația apariției unei situații de urgență majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acționa cu promptitudine acordând asistență medicală, chiar și în

lipsa dotărilor și/sau a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.

f) Ulterior acordării asistenței medicale și stabilizării funcțiilor vitale, personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile va solicita sprijinul personalului medico-sanitar cu competențele necesare încadrat în Spitalului sau, în lipsa acestuia, va direcționa pacientul către o unitate spitalicească de o categorie superioară și care îi poate acorda respectivelui pacient tratamentul medical adecvat.

(2) Anual, prin grija directorului medical se va organiza instruirea personalului medico-sanitar angajat al spitalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului, precum și a normelor etice și legale aplicabile efectuării actelor medicale cu depășirea competenței

Art.129. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: defibrilator, ventilatie pe masca si balon, canula, masca faciala, oxigen, fluide, medicamente (glucoza, atropina, adrenalina, nitroglicerina, heparina, etc.).

Art.130. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile în care s-a impus, a fost acordată asistență medicală în situații de risc vital, chiar și în lipsa dotărilor și a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.

b) Excluderea cazurilor de malpraxis medical, prin dovedirea bunei credințe a personalului medical și respectarea principiilor acordării asistenței medicale în situații de urgență și care pun în pericol viața pacientului s-a realizat în proporție de 100% în toate cazurile în care s-a impus.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:: situatii cu risc vital si depasirea competentelor, cazuri de malpraxis.

VIII. 11. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora

Art.131. – Reglementarea procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unui set unitar de reguli pentru acordarea de servicii medicale în lipsa consimțământului/ acordului informat al pacientului/aparținătorului;

b) Asigură continuitatea activităților de asistență medicală desfășurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului medical;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.132. – Etapele procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ⁶ sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și/ sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal⁷,

⁶ Capacitatea psihică a unei persoane de a-și da seama de caracterul și urmările faptei pe care o săvârșește și de a-și manifesta conștient voința;

⁷ Părinte, tutore sau curator;

soțul/ soția sau ruda majoră cea mai apropiată⁸, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor – nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, personalul medical va acorda asistența medicală fără acordul pacientului.

b) Ulterior, medicul/ asistentul medical care a/ au efectuat îngrijirea va/ vor efectua un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului de “*Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență*” prevăzut în Anexa nr. 2 la O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu respectarea următoarelor reguli:

- i. În raport se vor descrie împrejurările în care a fost acordată îngrijirea medicală, cu precizarea elementelor care atestă situația de urgență, precum și a datelor din care să rezulte lipsa de discernământ a pacientului sau/ și imposibilitatea exprimării acestuia;
- ii. Raportul trebuie să conțină numele și prenumele persoanei sau, după caz, ale persoanelor care au acordat asistența medicală, data și ora la care raportul a fost întocmit, actul medical efectuat în cauză (în detaliu), semnătura persoanei sau persoanelor care au efectuat actul medical;
- iii. Raportul va fi păstrat ca anexă la Foaia de observație clinică generală/ Foaia de spitalizare de zi.

c) Asigurarea rezolvării unor situații deosebite, care reclamă maximă urgență în asistența medicală, se poate face și prin chemarea oricăruia dintre medicii spitalului de la domiciliu, cât și din alte unități sanitare, de către managerul spitalului, în următoarele cazuri:

- iv. în cazuri grave care necesită consult medical;
- v. în situații care necesită prezența mai multor medici de specialitate decât cei existenți în echipa medicală a spitalului;
- vi. în cazuri de accidente colective etc.

(1) Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la actul medical de care beneficiază. Acordul în cunoștință de cauză al pacientului cu privire la intervențiile și manevrele medicale ce pot avea consecințe imprevizibile trebuie obținut după ce pacientul este informat, la capacitatea lui de înțelegere, comunicându-i-se orice informație utilă pentru a lua decizia cea mai potrivită, ulterior completând formularul de consimțământ informat.

(2) Pentru legalitate, consimțământul implică următoarele componente:

a) informarea pacientului, prin furnizarea de către medic de date și informații medicale relevante cu privire la diagnostic, tratament și riscuri și înțelegerea lor de către pacient;

b) abilitatea pacientului de a înțelege, alege sau refuză actul medical;

c) dreptul pacientului de a lua decizii.

(3) În situația în care pacientul este analfabet sau cu dizabilități, toate informațiile medicale i se vor citi și va fi întrebat dacă aceasta este voința sa, medicul menționând acest aspect în formularul de consimțământ.

Art.133. Resursele tehnico-materiale necesare prezentei reglementari sunt următoarele: FOCG, FSZ, formulare ,raport’.

Art.134. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora sunt următorii:

a) Acordarea de către personalul medical a asistenței medicale fără acordul pacientului în cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ sau din anumite motive nu

⁸ Persoană majoră care însoțește pacientul minor și care are o legătură cu acesta bazată pe descendența unei persoane dintr-o altă persoană sau pe faptul că mai multe persoane au un ascendent comun, până la gradul al IV-lea inclusiv;

și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda cea mai apropiată, datorită situației de urgență, s-a realizat într-un interval de timp cât mai scurt, astfel încât să nu fie pusă în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, în proporție de 100% în toate cazurile în care s-a impus;

b) În ultimul an calendaristic încheiat, au fost întocmite ”*Rapoarte privind asistența medicală acordată în situații de urgență*” în toate situațiile în care personalul medical a acordat asistență medicală fără acordul pacientului în cazurile în care pacienții au fost lipsiți de discernământ sau din anumite motive nu și-au putut exprima acordul, iar medicul și/ sau asistentul medical nu au putut contacta reprezentanții legali, datorită situației de urgență.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: cazuri de urgență tratate fără consimțământ, rapoarte privind asistența medicală acordată fără obținerea consimțământului.

VIII. 12. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

Art. 135. – Reglementarea procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

- a) menținerea unui climat de liniște și confort pentru pacient;
- b) siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia;
- c) protejarea imaginii pacientului împotriva filmării/fotografierii în incinta spitalului în scopuri care le exclud pe cele medicale.
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.136. – Etapele procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În incinta spitalului, este asigurată protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.
- b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului, acesta are posibilitatea de a preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților din prezentul Regulament.
- c) La nivelul compartimentelor medicale sunt avute în vedere următoarele măsuri:
 - i. în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/ compartimentelor medicale limitează accesul aparținătorilor în spațiile destinate activităților medicale, acesta făcându-se conform unui program de vizită afișat și cu respectarea regulilor privind protecția împotriva infecțiilor asociate asistenței medicale.
 - ii. prin grija personalului medical este asigurată evitarea depășirii timpului de vizită și perturbarea activităților de asistență medicală de către aparținători care pot agresa în diferite moduri pacienții internați (verbal, vizual, prin atitudine, olfactiv etc.);
 - iii. pentru siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia, spitalul are instalat butoane de panică precum și încheierea unui contract de intervenție cu firma autorizată Dia Guard, iar personalul medical este instruit cu privire la modul de utilizare în cazul accesului persoanelor neautorizate.
- d) Împotriva oricăror factori perturbatori precum și a intruziunilor asupra pacienților, spitalul acționează, de regulă, funcție de momentul producerii evenimentului de natură să creeze disconfort pacienților, prin intermediul personalului medico-sanitar propriu,

iar în situațiile în care se depășește posibilitatea de gestionare a acestor situații, personalul medical solicită sprijinul personalului din serviciul de pază.

e) Pentru situațiile în care personalul din serviciul de pază consideră necesar, acesta va fi în măsură să apeleze la efectivele Inspectoratului Județean de Poliție Zalău.

f) În ceea ce privește relația cu mass-media a pacienților, aceasta se realizează potrivit pct. „Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia” din prezentul Regulament.

g) Spitalul asigură respectarea demnității umane și drepturile pacienților în sensul că declarațiile referitoare la starea de sănătate, prognosticul, tratamentul și alte circumstanțe în legătură cu boala unui pacient vor fi făcute numai cu acordul acestuia sau a reprezentanților legali/ familiei/ aparținătorilor.

h) Nerespectarea de către purtătorul de cuvânt și către oricare alt angajat al Spitalului a confidențialității datelor despre pacient, atrage sancționarea disciplinară contravențională și/sau penală, după caz, conform prevederilor legale.

Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentul sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotografierea sau filmarea pacienților în spital se efectuează numai cu consimțământul scris al acestora, obținut prin completarea formularului „Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea” prevăzut în anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 1410/2016 – Norme de aplicare a Legii nr.46/2003 a drepturilor pacienților, cu modificările și completările ulterioare.

Art.137. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: butoane de panica, contract de intervenție

Art. 138. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

a) Numărul de reclamații al pacienților care au subiect afectarea siguranței pacientului prin intruziuni externe în raport cu numărul de pacienți externați, în ultimul an calendaristic încheiat, este maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

b) Numărul de reclamații al pacienților care au subiect furturi de bunuri de valoare în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic, este maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

c) Numărul de situații în care personalul medical a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, este în raport direct cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic încheiat;

d) Număr de situații în care personalul din serviciul de zi pe spital a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, este în raport direct cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic;

e) Numărul de situații în care prestatorul de servicii de pază a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, este în raport direct cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic încheiat;

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: reclamații cu privire la afectarea siguranței pacienților, reclamații privind furturi de bunuri de valoare, intervenții ale personalului medical pentru asigurarea siguranței pacientului sau ale prestatorului de servicii de paza.

VIII. 13. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale

Art.139. – (1) Reglementarea procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale are ca principale scopuri:

a) Se asigură posibilitatea de stabilire a necesarului de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.

b) Permite realizarea unei structuri optime de personal pentru fiecare dintre microstructurile medicale raport la nevoile curente de asistență medicală.

c) Repartizarea judicioasă a serviciilor de gardă organizate la domiciliu, astfel încât să fie asigurată continuitatea asistenței medicale prin liniile de gardă corespunzător nivelului de clasificare al spitalului.

d) Stabilirea în mod echitabil a serviciilor de gardă astfel încât să fie asigurate toate serviciile din cursul lunii.

e) Îndeplinirea normei de lucru/ obligației de gardă de către întreg personalul medico-sanitar, după caz, în cadrul unei luni calendaristice.

f) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.140. – Etapele procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Asigurarea continuității asistenței medicale este obligatorie pentru unitățile sanitare publice din sectorul sanitar și se asigură de către medici prin serviciul de gardă și prin serviciu în două sau trei ture, după caz, de către personalul sanitar și auxiliar-sanitar.

b) Organizarea liniilor de gardă la domiciliu:

- i. Personalul care execută serviciul în liniile de gardă la domiciliu din spital este nominalizat prin decizie internă
- ii. Garda la domiciliu se organizeaza in zilele lucratoare intre ora de terminare a programului stabilit, pentru activitatea curenta a medicilor ora 23:00, si ora de incepere a programului de dimineata din ziua urmatoare 07:00. In zilele de repaus saptamanal, zilele de sarbatorii legale, si in celelalte zile in care , potrivit reglementarilor legale, nu se lucreaza, garda la domiciliu se face conform solicitarii.
- iii. Orele de gardă prestate și chemările de la domiciliu se consemnează în mod obligatoriu în condica de prezență pentru activitatea de gardă;

c) Organizarea serviciului în ture:

- i. Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de către șeful de compartiment, se aprobă de conducerea spitalului și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru întreg personalul sanitar și auxiliar-sanitar;
- ii. Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește:
 - numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale;
 - rotația pe ture a personalului;
 - intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.
- iii. In vederea întocmirii graficelor de lucru pentru programul în ture se va ține cont de următoarele precizări:
 - asistență medicală la paturi - 1 asistent medical la 8-12 paturi / tură;

- asistență medicală la paturi - 1 asistent medical la 4-8 paturi / tură; (compartiment îngrijiri paliative);
- personal auxiliar - 1 infirmieră la 20-25 paturi / tură;
- personal auxiliar - 1 infirmieră la 4-8 paturi / tură; (compartiment îngrijiri paliative);
- personalul care lucrează în locurile de muncă unde activitatea se desfășoară în 3 ture, pentru a beneficia de sporul prevăzut pentru activitatea desfășurată în 3 ture are obligația de a presta lunar un număr egal de zile în tura a 2-a și tura a 3-a. Numărul de zile în care își desfășoară activitatea în tura a 2-a și a 3-a va fi stabilit de consiliul de administrație al Spitalului, pe bază de grafice lunare, în așa fel încât să se asigure continuitatea activității;
- iv. Până pe data de 25 a lunii se va desfășura activitatea de întocmire a graficelor de lucru, verificarea acestora de către structura de resurse umane, aprobarea lor de către manager și depunerea acestora la structura de resurse umane;
- v. Modificarea graficelor de lucru se va face doar la propunerea șefului de compartiment cu aprobarea managerului spitalului prin raport scris, cu minimum 5 zile înainte de data pentru care se solicită schimbarea;
- vi. Compartimentul de resurse umane ține evidența fișei zilnice de prezență urmând ca la începutul lunii următoare să predea la compartimentul financiar contabil în vederea calculului drepturilor salariale.

d) În situația în care la nivelul unor structuri medicale se constată că există deficit de personal sanitar/ auxiliar-sanitar din anumite categorii profesionale, în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor, la solicitarea scrisă sau verbală a șefilor de secții în care se constată respectivul deficit, în cadrul ședințelor de Consiliu medical se propune luarea unor decizii care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al unor angajați. În acest sens structura de resurse umane emite respectivele decizii, acestea fiind luate doar după consultarea cu reprezentanții angajaților/ sindicatul.

Art.141. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: grafice lunare de activitate, fișe zilnice de prezența.

Art.142. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale sunt următorii:

- a) Permanent se acoperă în totalitate serviciile de tură în cursul fiecărei luni calendaristice, pentru fiecare din structurile medicale în care este organizat serviciul de tură;
- b) Permanent s-a realizat repartizarea echitabilă a turelor cu respectarea numărului de ture în toate cele 2/3 schimburi, din fiecare structură medicală, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: repartizarea serviciilor de tura în fiecare structura medicală.

VIII. 14. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul

Art.143. – Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind modalitățile de comunicare a personalului cu pacienții;

b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind limitele de competență în domeniul comunicării cu pacienții pentru fiecare dintre categoriile profesionale de personal existente în cadrul spitalului;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.144. – Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Potrivit legislației în vigoare, pacientul are următoarele drepturi în ceea ce privește informația medicală:

- i. dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza;
- ii. dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;
- iii. dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;
- iv. dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic;
- v. dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință;
- vi. dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
- vii. dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală;
- viii. dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării și, la cerere, o copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță, o singură dată.

b) Informațiile se aduc la cunoștința pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștința în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare. **În mod obligatoriu, obținerea acordului pacientului informat pentru pacienții nevorbitori de limbi străine se realizează prin apelarea la serviciile translator autorizat/ certificat cu care spitalul are contract de colaborare/ prestări de servicii.**

c) În relația cu pacienții personalul Spitalului are obligația de a respecta următoarele norme de etică și comunicare:

- ix. Pacientul va fi considerat ca fiind persoana cea mai importantă! În acest sens:
 - pacienții vor fi salutați politicos;
 - adresarea se va face cu numele de familie;
 - când se vor face referiri la un pacient, personalul medical nu va folosi denumiri de boală sau organ bolnav;
 - personalul medical va respecta valorile culturale și tradițiile fiecărui pacient;
- x. Siguranța pacientului, sănătatea și bunăstarea sa vor fi protejate ! În acest sens:
 - comunicarea este esențială în desfășurarea procesului de îngrijire;
 - întreaga atenție trebuie concentrată asupra pacientului;
 - tonul vocii să fie ferm, plin de încredere, să arate respect față de pacient și adecvat cu gesturile și punctele de vedere exprimate;
 - ajutarea pacientului la participarea la diferite forme de relaxare și recreere;

- nu trebuie să se pronunțe și nu se va aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
 - xi. Intimitatea fiecărui pacient și confidențialitatea informațiilor personale trebuie protejate! În acest sens:
 - în spațiile publice sunt interzise discuții despre pacienți;
 - doar persoanele autorizate de spital și care sunt implicate în îngrijirea pacientului pot avea acces la dosarul medical;
 - informațiile privitoare la pacienți pot fi utilizate numai de către persoanele desemnate și doar în vederea asigurării acordării asistenței medicale corespunzătoare;
 - la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.
 - xii. Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienților! În acest sens:
 - personalul de îngrijire trebuie să-și decline cu claritate identitatea și funcția;
 - personalul de îngrijire va raporta persoanelor abilitate orice abatere de la etica medicală, precum și omisiunile și erorile apărute în îngrijirea pacienților;
 - personalul nu are voie să discute cu pacienții probleme personale;
 - personalul nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții;
 - personalul va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
 - xiii. Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și stării în care acesta se află.
 - xiv. Comunicarea veștilor rele o va face medicul curant sau, în lipsa sau la indicația acestuia, de către asistentă medicală.
- d) În cadrul Spitalului limitele de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții se stabilesc după cum urmează:
- i. Medicii curanți și medicii care realizează consulturile interdisciplinare:
 - aceștia sunt obligați să informeze pacientul/ aparținătorii despre:
 - numele medicului curant al pacientului;
 - starea sănătății acestuia (stabil, ameliorat, agravat etc.), direct sau prin intermediul reprezentanților legali;
 - data estimată a externării;
 - după caz, decizia unui transfer într-un alt compartiment ;
 - decizia unui transfer în altă unitate sanitară – numele unității sanitare, eventual număr de telefon, etc.
 - informațiile de mai sus se vor da în limita competențelor profesionale determinate de:
 - Specialitatea medicală/ specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/ sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - Gradul profesional/ gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/ sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - Confirmarea în grade universitare/ didactice/ de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
 - Confirmarea în titluri de ”Doctor în medicină”;
 - Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare
 - relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință;

- medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă, sau cea îndreptățită să își dea acordul a primit informațiile adecvate;
 - obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei care persistă și după ce persoana a încetat să îi fie pacient sau a decedat;
 - medicul va elibera persoanelor îndreptățite numai documentele permise de lege și care atestă realitatea medicală;
 - pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului, dacă întreruperea tratamentului sau a îngrijirilor au drept consecință punerea în pericol a vieții acestuia.
- ii. Asistenții medicali care asigură realizarea procedurilor de îngrijire a pacienților:
- nu au dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze medicului curant;
 - păstrează o atitudine de strictă neutralitate și neamestec în problemele familiale ale pacientului, exprimându-și părerea numai dacă intervenția este motivată de interesul sănătății pacientului, cu consimțământul prealabil al acestuia;
 - nu se pronunță și nu aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
 - nu discută cu pacienții probleme personale;
 - nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
 - dacă pacientul se află într-o stare fizică sau psihică ce nu-i permite exprimarea lucidă a voinței, apartenenței sau apropiatăii celui suferind trebuie preveniți și informați corect, pentru a hotărî în numele acestuia, cu excepția imposibilității (de identificare, de comunicare, de deplasare, etc.), sau a urgențelor.
 - nu poate face discriminări pe baza rasei, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, față de pacienți.
 - obiectul secretului îl constituie tot ceea ce asistentul medical, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, pronostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei; informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate de către asistentul medical/moașa numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.
 - în aplicarea prevederilor O.M.S. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică a asistenților medicali generaliști:
 - pot da pacientului informații în ceea ce privește intervențiile autonome, care pot fi prestate în cadrul rolului propriu de asistent medical;
 - în ceea ce privește intervențiile delegate de către medic (efectuate sub prescripție medicală), pot oferi pacientului informații cu respectarea limitelor stabilite de către medicul/medicia care a/au delegat realizarea respectivelor intervenții, într-una din următoarele variante:
 1. exclusiv la prescripția medicului;

2. exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment;

3. la prescripția și în prezența unui medic;

• pentru intervențiile la care asistentul medical participă alături de medic, asistentul medical poate oferi informații doar fiind delegat de către medic și în prezența acestuia, cu respectarea limitelor prevăzute de actul normativ sus-invocat.

iii. Personalul sanitar auxiliar (infirmieră, îngrijitoare):

- nu are acces la F.O.C.G.;
- nu are dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze asistentului medical;
- obiectul secretului îl constituie tot ceea ce infirmiera, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei;
- informarea pacientului se face strict în legătură cu manevra ce urmează a fi executată, după caz: transport, hrănire, toaletă, schimbarea hainelor și/sau a lenjeriei, alimentație, mobilizare;
- se pronunță doar prin a informa pacientul asupra activităților specifice din Planul de îngrijiri conform fișei postului fiecăruia;
- nu discută cu pacienții probleme personale;
- nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții.

iv. Toate celelalte categorii de personal din cadrul Spitalului pot da informații pacienților și aparținătorilor acestora doar în domeniile în care își exercită atribuțiile înscrise în fișele de post, în măsura în care nu există prevederi normative interne sau aplicabile la nivel național care să limiteze difuzarea acestora.

v. Șeful/ coordonatorul fiecărei compartiment medical stabilește persoana/ persoanele care transmit telefonic informațiile către aparținători.

vi. În cazuri excepționale, în care vizitarea pacienților nu este permisă (situații epidemiologice speciale determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt: COVID, febră hemoragică, antrax, Ebola, etc), persoana/ persoanele prevăzută/ e la lit. d) subpt.v) comunică, în scris, prin intermediul SMS/ mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc), aparținătorilor - persoane hipoacuzice, informații referitoare la evoluția stării de sănătate a membrilor familiei acestora.

vii. În cazul în care activitatea medicală din cadrul spitalului se desfășoară în condiții de normalitate, fie se adoptă aceeași conduită ca cea prevăzută la lit. d) subpt. vi), fie aparținătorul – persoană hipoacuzică se prezintă personal la spital în timpul programului de lucru și obține informații despre starea pacientului direct de la medicul curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc).

viii. Ceilalți aparținători pot obține informații prezintându-se personal la spital în timpul programului de lucru al medicului curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc), fie telefonic la numerele și intervalele orare afișate pe site-ul spitalului.

ix. Transmiterea datelor privind starea de sănătate a pacienților se face cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce

privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și doar prin utilizarea adreselor de email de serviciu și în niciun caz a adreselor de email personale configurate prin servicii publice gratuite adresate persoanelor fizice, evitându-se astfel accesul unor terțe părți la datele cu caracter personal ale pacienților.

- x. Informarea prin SMS a aparținătorilor hipoacuzici se face de personalul desemnat în acest sens, utilizând doar telefonul dedicat pentru acest tip de comunicare.
- xi. În FOCG se consemnează dacă aparținătorul este persoană hipoacuzică, iar comunicarea datelor se face doar la adresa de email/ numărul de telefon al aparținătorului hipoacuzic prevăzute în FOCG.

Art.145. – În mod obligatoriu, la nivelul Spitalului, comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului

Art.146. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:FOCG, telefon, computer.

Art.147. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții sunt următorii:

a) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat, referitoare la fiecare dintre categoriile de personal medico-sanitar și auxiliar sanitar implicat în procesul de asigurare a asistenței medicale, să nu depășească 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

b) Numărul de evaluări profesionale anuale ale personalului Spitalului, pe categorii profesionale în care personalul evaluat a obținut calificativul „Satisfăcător” și „Nesatisfăcător” în ceea ce privește comunicarea cu pacienții/ aparținătorii să nu depășească 0,05% din totalul angajaților spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: reclamatii privind comunicarea cu pacientii, evaluari profesionale

VIII. 15. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu

Art.148. – (1) Reglementarea privind verificare a competențelor certificate ale personalului propriu are ca principale scopuri:

a) Asigurarea de către spital pentru fiecare compartiment în parte, a personalului de toate categoriile, având studiile și competențele specifice potrivit cerințelor posturilor pe care este încadrat acesta;

b) Evaluarea permanentă a cerințelor posturilor trecute în fișele posturilor în raport cu studiile și competențele deținute de către personalul încadrat pe acestea;

c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea competențelor certificate ale personalului propriu;

d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.149. – (1) Etapele procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Documentele privind competențele certificate se verifică de către personalul compartimentului de resurse umane în următoarele situații:

- la depunerea dosarului de candidat în vederea angajării-coordonatorul compartimentului de resurse umane cu sprijinul consilierului juridic al spitalului
- la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului/examenului de încadrare – coordonatorul compartimentului de resurse umane cu sprijinul consilierului juridic al spitalului;
- la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obținerii/ dobândirii unor noi competențe.

b) În aplicarea prevederilor *O.M.S. 895/2019 privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private*, în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog sau farmacist, compartimentul RUNOS solicită următoarele documente (în termen de valabilitate):

- cererea în care se menționează postul pentru care persoana interesată dorește să se angajeze, după caz;
- diploma de licență și certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- documente privind schimbarea numelui (certificat de căsătorie, certificat de divorț, hotărâre judecătorească etc.), în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- certificatul de membru al organizației profesionale sau avizul de practică temporară sau ocazională a profesiei valabil, din care să rezulte că profesionistul este avizat pe specialitățile și competențele în care urmează să își desfășoare activitatea în unitatea sanitară, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- dovada/ înscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancțiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) și f), la art. 541 alin. (1) lit. d) sau e), respectiv la art. 628 alin. (1) lit. d) sau e) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, în original;
- cazierul judiciar, în original;
- actul de identitate în termen de valabilitate, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului.

c) De asemenea, în aplicarea prevederilor *Legii 118/2019 privind Registrul national automatizat cu privire la persoanele care au comis infractiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, precum si pentru completarea Legii nr. 76/2008 privind organizarea și funcționarea Sistemului National de Date Genetice Judiciare*, la dosar se va depune și certificatul de integritate comportamentală, eliberat de structurile de cazier judiciar.

d) Pentru medici și asistenți medicali, personalul compartimentului de resurse umane va consulta suplimentar bazele de date ale organizațiilor profesionale în care sunt înscrși aceștia, pentru a avea certitudinea existenței respectivelor persoane în aceste evidențe precum și faptul că activitatea acestora nu este suspendată temporar.

e) De asemenea, după caz, în situația în care se constată că unul sau mai mulți dintre medici, asistenți medicali, în mod repetat nu desfășoară activitate de asistență medicală la un nivel calitativ adecvat, personalul compartimentului de resurse umane va consulta suplimentar bazele de date ale organizațiilor profesionale în care sunt înscrși aceștia, pentru a avea certitudinea existenței respectivelor persoane în aceste evidențe precum și faptul că activitatea acestora nu este suspendată temporar și, totodată, la solicitarea conducerii spitalului, vor iniția demersuri de solicitare a certificării diplomelor eliberate de către forurile care au eliberat diferite certificate, atestate de studii complementare, supraspecializări, competențe etc., astfel

încât să se constate dacă respectivele documente care fac dovada competențelor profesionale, depuse în copie la dosarul personal, sunt documente care au fost eliberate în condiții de legalitate.

(2) Dosarul profesional individual se completează cu documentele dobândite de salariat ulterior încadrării – documente care se operează în evidențele de personal. Pentru actele doveditoare ale eventualelor modificări intervenite ulterior angajării, cu privire la absolvirea unor cursuri, specializări/competențe, acestea se vor prezenta în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului, în maxim 5 zile lucrătoare de la obținerea respectivei certificări.

Art.150. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documente privind competențele certificate, baza de date a organizațiilor profesionale, dosar profesional individual.

Art.151. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:

a) Număr de situații în care se face dovada exercitării profesiei în baza unor acte de studii-competențe false, este în raport direct cu numărul total de angajări într-un an calendaristic;

b) Numărul de monitorizări realizate de către personalul din compartimentul resurse umane a studiilor/ competențelor personalului prin verificarea medicilor/ farmaciști și asistenților medicali pe platformele puse la dispoziție de organizațiile profesionale din care fac parte aceștia, este în raport direct cu totalul de astfel de personal angajat în ultimul an calendaristic;

c) Permanent, pe perioada ultimului an calendaristic încheiat, întreg personalul medico-sanitar a fost încadrat pe posturi vacante conform competențelor profesionale din fișele posturilor, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: acte de studii/ competente false, platforme ale organizațiilor profesionale, încadrarea pe post.

VIII. 16. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

Art.152. – Reglementarea procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare are ca principale scopuri:

a) Asigurarea coordonării de către conducerea spitalului, prin intermediul întregului personal al S.M.C.S.S. a procesului de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor compartimentelor de activitate;

b) Evaluarea permanentă a mediului de îngrijire și adaptarea permanentă a acestuia la necesitățile asistenței medicale asigurată de către spital;

c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;

d) Identificarea activităților/ proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții;

e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare, precum și a obiectivelor ”*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*”, care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate oferite de către spital.

f) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.153. –Etapele procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, de regulă în ultimul trimestru al anului, personalul S.M.C.S.S. coordonează întocmirea proiectului ”*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*”, prezentând proiectul acestuia în ședința Consiliului medical.

b) În mod obligatoriu, potrivit deciziei Comitetului director, proiectul ”*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*” prevede indicatori de evaluare/ monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților aferente ”*Planului strategic de dezvoltare al Spitalului*”.

c) Totodată, anual, de regulă în luna noiembrie sau decembrie, personalul S.M.C.S.S. prezintă spre aprobare managerului spitalului ”*Planificarea anuală a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare*”, în cadrul căreia se planifică activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare – anexe la *Ordinul președintelui ANMCS privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor*.

d) De regulă, cel puțin odată pe an – în luna noiembrie, personalul S.M.C.S.S. colectează date privind indicatorii de evaluare/ monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților înscriși în ”*Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*”, emițând în acest sens un raport informativ care se supune analizei Consiliului medical, respectiv Comitetului director.

e) Pentru punerea în aplicare a obiectivelor avute în vedere în cadrul ”*Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare*”, membrii S.M.C.S.S. desfășoară în perioadele aprobate prin aceasta activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.

f) Evaluarea cerințelor/indicatorilor care fac obiectul setului de liste de verificare aprobat a fi evaluate pe parcursul unei luni calendaristice, potrivit ”*Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare*” existente, personalul S.M.C.S.S. înaintează managerului Spitalului rapoarte informative însoțite de analize și planuri de măsuri cu propuneri concrete pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.

g) Analizele menționate la litera f) se prezintă atât la ședințele Consiliului medical, ale Comitetului director .

h) În cadrul ședințelor Comitetului director în care se analizează rapoartele informative semestriale prevăzute la litera d) precum și rapoartele informative însoțite de analize precum și de planuri de măsuri – prevăzute la litera f), se stabilesc responsabilități, responsabili și termene de implementare a propunerilor formulate pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.

i) În ceea ce privește procesul de colectare a indicatorilor de monitorizare, potrivit prevederilor art. 4 lit. j) din ”*Regulamentul de organizare și funcționare al Echipei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților*” înregistrat la nivelul spitalului membrii respectivei comisii au obligația de a: ”*Pune la dispoziția S.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*”.

- j) La termenul precizat de A.N.M.C.S. în aplicația CaPeSaRo, personalul C.M.C.S.S. colectează și transmite A.N.M.C.S. următorii indicatori de monitorizare:
- i. set de indicatori de monitorizare semestrială a unităților sanitare:
 - i. Morbiditate spitalizată;
 - ii. Nr. CNP-uri spitalizate;
 - iii. Structura veniturilor și a cheltuielilor;
 - iv. Compartimente
 - ii. set de indicatori de monitorizare anuală a unităților sanitare:
 - i. Registrul riscurilor;
 - ii. Lista proceduri;
 - iii. Lista protocoale;
 - iv. S.M.C.

Art.154. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: plan anual, standarde de acreditare, autoevaluări.

Art.155. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

a) Gradul de colectare a indicatorilor de evaluare/ monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților din total indicatori de evaluare/ monitorizare propuși a fi colectați, se realizează în proporție de 100% în ultimul an calendaristic încheiat

b) Se formulează minim o propunere privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților în urma procesului de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare, pentru fiecare neconformitate constatată în situația indicatorilor neîndepliniți.

c) Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în *”Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”* este 100% .

d) Gradul de conformare la cerințele/indicatorii aferenți fiecărei liste de verificare supusă procesului de autoevaluare în primul an calendaristic în care se face autoevaluarea, este de minim 51%, iar ulterior se majorează anual, cu câte minim 10%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: indicatori de evaluare/monitorizare, documente medicale prezentate în ședințele de Consiliu medical, Comitet director.

VIII. 17. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate

Art.156. – Reglementarea procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate are ca principale scopuri:

a) Sunt stabilite etapele principalelor direcții de acțiune care privesc realizarea auditului clinic al procedurilor documentate, protocoalelor medicale și a reglementărilor la nivelul sectoarelor de activitate ale Spitalului;

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.157. – (1) Etapele procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul S.M.C.S.S. întocmește ”Programul anual de audit clinic” pe care-l supune aprobării managerului Spitalului.

b) ”Program anual de audit clinic” se aduce prin grija șefului S.M.C.S.S. la cunoștința personalului spitalului și se postează pe serverul spitalului.

c) În mod obligatoriu, în cadrul fiecărui ”Program anual de audit clinic” se au în vedere următoarele referențiale:

- i. unul dintre obiectivele vizate să fie cel de evaluare a eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice existente la nivelul spitalului;
- ii. S.M.C.S.S. asigură coordonarea activității de audit clinic la nivelul spitalului;
- iii. în componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte în mod obligatoriu un reprezentant al S.M.C.S.S. și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării

d) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) sunt de competența managerului spitalului. Acestea se solicită pentru motive justificate (reclamații, constatarea unor neconformități, producerea de evenimente adverse/ indezirabile etc.), context în care programul anual de audit clinic intern se completează și se reaprobă⁹.

e) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului în condițiile stipulate conform reglementării „Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern” din prezentul Regulament.

f) Pe parcursul anului, fiecare dintre echipele de audit clinic nominalizate în extrasul ”Programului anual de audit clinic” execută misiuni de auditare clinică specifice potrivit obiectivelor înscrise în respectivul ”Program”, cu respectarea perioadei în care aceste misiuni au fost programate. În acest sens, șeful fiecărei echipe de audit clinic va întocmi un ”Plan de audit clinic” al misiunii de audit clinic programate, cu minim 5 - 15 zile lucrătoare anterior de efectuarea propriuzisă a acesteia, care va fi aprobat de către managerul spitalului.

g) În termen de 10 zile lucrătoare de la finalizarea fiecărei misiuni de audit clinic se are în vedere întocmirea câte unui raport de audit clinic, care va fi înaintat spre analiză Consiliului medical și/sau Comitetului director (în situația că există în acesta propuneri care fac obiectul deciziei respectivului Comitet). Șeful fiecărei echipe de audit clinic va avea în vedere ca rapoartele de audit clinic ale misiunilor de auditare a protocoalelor să motiveze dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora.

h) În afara misiunilor de audit clinic înscrise anual în ”Programul anual de audit clinic”, la nivelul spitalului se desfășoară audituri/ analize ale procedurilor documentate/ protocoalelor medicale/ reglementărilor, după cum urmează:

- i. Prin grija directorului medical:
 - a. analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/ sau tratament;
- ii. Prin grija coordonatorilor compartimentelor medicale:
 - a. analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament;
 - b. analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament;
- iii. Prin grija Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale:
 - a. analiză semestrială a respectării procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a I.A.A.M;
- iv. Prin grija șefului S.M.C.S.S.

⁹ATENȚIE! Nu este obligatoriu ca toate evenimentele adverse/ indezirabile înregistrate la nivelul spitalului să facă obiectul unei misiuni de audit clinic.

- a. raport anual cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/ procedurilor/ protocoalelor;
- b. raport anual privind nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor – prezentat Consiliului medical;
- c. raport anual privind nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor – prezentat Comitetului director.

(2) În mod obligatoriu în cadrul analizelor care se efectuează (la minim 1 an de la intrarea în vigoare) pentru fiecare dintre procedurile documentate/ protocoalele medicale/ reglementările existente la nivelul Spitalului vor avea în vedere analiza eficacității acestora și a riscului rezidual obținut comparativ cu riscul rezidual estimat.

(3) Analizele menționate la alineatul (2) vor fi însoțite în mod obligatoriu de rapoarte de analiză care să cuprindă concluzii și propuneri de menținere, revizuire, reeditare sau abrogare a reglementărilor, după caz.

Art.158. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: plan anual, obiective, misiuni suplimentare, audit extern, documente medicale aferente, check list.

Art.159. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I sunt următorii:

a) Toate misiunile de audit clinic planificate în ultimul an calendaristic încheiat îndeplinesc următoarele deziderate:

- i. Relevanță – urmăresc problematica identificată în raport cu practica curentă de la nivelul spitalului (analize și rapoarte, sesizări, evenimente adverse din spital);
- ii. Transparență – participarea întregului personal implicat și comunicarea rezultatelor (este cunoscut de către personal, informațiile sunt accesibile);
- iii. Fără caracter acuzator – identifică zonele unde sunt necesare intervenții și emit recomandări privind modalitatea de îmbunătățire (intervenții și re-evaluări).

b) Identificarea deficiențelor (diferențelor) se face permanent în raport cu un referențial (ghiduri clinice, ghiduri metodologice, reglementări legale și administrative, standarde naționale și internaționale), în proporție de 100% în toate situațiile în care se impune acest lucru;

c) Corectarea deficiențelor (reducerea diferențelor) se realizează prin implementarea unui plan de măsuri elaborat pe baza rezultatelor auditării, urmată de reevaluare pentru a măsura progresul, în proporție de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate;

d) Numărul de misiuni de audit efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total misiuni de audit planificate este realizat în proporție de 100%, în măsura în care pe parcursul perioadei de referință nu au existat situații excepționale care să nu permită organizarea misiunilor de audit;

e) Numărul de audituri/ analize ale procedurilor documentate/ protocoalelor medicale/ reglementărilor efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total audituri/ analize necesar a fi întocmite pentru conformarea unora dintre cerințele/ indicatorii A.N.M.C.S. este de minim 1/misiune de audit clinic

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: misiunile de audit clinic planificate, corectarea deficiențelor, numărul de misiuni de audit efectuate, analize ale procedurilor documentate/ protocoalelor medicale/ reglementărilor.

VIII. 18. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern

Art.160. (1) Reglementarea procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern are ca principale scopuri:

- a) De a stabili în mod punctual situațiile și/ sau criteriile care sunt necesar a fi luate în considerare de către managerul spitalului în luarea deciziei de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic;
- b.) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.161. Procesul de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Programarea auditului clinic intern se realizează de către personalul S.M.C.S.S. și se aprobă de către manager. Activitățile/procese auditate se programează astfel încât până la sfârșitul anului să fie cuprinse toate, măcar o dată. În acest sens șeful S.M.C.S.S. prezintă spre aprobare managerului Spitalului, în luna decembrie a fiecărui an calendaristic, un ”Program anual de audit clinic intern”. Acesta prevede în principal:
 - Structurile medicale auditate;
 - Temele auditului clinic intern;
 - Componența echipelor de audit clinic (în componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării;
 - Luna în care se va iniția misiunea de audit clinic.
 - Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) intern este de competența managerului spitalului. Acest lucru se poate face la propunerea personalului S.M.C.S.S. (structură care are calitatea de coordonator al activității de audit clinic intern) sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern. Motivele pentru care se poate solicita o misiune de audit clinic extern pot fi de următoarea natură:
 - Existența unor reclamații pentru a căror rezolvare se consideră oportună nominalizarea unei echipe de audit clinic extern;
 - Constatarea unor neconformități;
 - Modificări organizatorice importante;
 - Deficiențe majore în derularea unui proces;
 - Se constată ineficacitatea acțiunilor corective întreprinse în urma efectuării unui audit clinic intern programat;
 - Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
 - Producerea de evenimente adverse/ indezirabile;
 - Inexistența sau insuficiența în cadrul spitalului a personalului cu formarea profesională necesară îndeplinirii unor misiuni de audit clinic intern. În această ultimă situație, personalul cooptat din sursă externă va participa în echipa de audit alături de personal propriu, selecționat în raport de obiectivele de audit clinic avute în vedere.
- b) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului, din proprie inițiativă sau ca urmare a propunerii formulate de către personalul S.M.C.S.S. sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern, după caz, în termen maxim de 5 zile de la ivirea situației care reclamă

realizarea unei misiuni de audit clinic extern. Respectiva solicitare se face cel puțin în următoarele situații:

- Atunci când există dubii în ceea ce privește rezultatele auditului clinic intern propriu;
- Atunci când este necesară auditarea unor activități/ procese puse în execuție de către coordonatorii compartimentelor;
- În oricare alte situații care pot presupune un potențial conflict de interese;
- În situația producerii unor evenimente indezirabile, în funcție de situația concretă;
- În situația în care spitalul nu are personal instruit în cadrul programului de formare în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, specializarea "Audit clinic";
- În situația în care se dorește auditarea unor activități/procese dar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialiști necesari.
 - În raport cu situația concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern și tema propusă spre auditare, prin grija structurii de administrativ se inițiază demersuri de achiziție prestări servicii de audit clinic extern, în baza unui caiet de sarcini întocmit de către șeful S.M.C.S.S. La stabilirea echipei de audit clinic extern se au în vedere, pe lângă competențele de studii necesare, următoarele criterii:
 - asigurarea independenței auditorilor;
 - evitarea conflictului de interese;
 - abilitatea auditorilor de a interacționa eficient.

c) Misiunile de audit clinic extern se încheie cu un Raport de audit clinic care se înaintează, în termen de 10 zile lucrătoare de la finalizarea misiunii, atât managerului spitalului cât și șefului S.M.C.S.S., prin grija șefului echipei de audit clinic extern.

Art.162. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: solicitări misiuni audit extern, rapoarte aferente.

Art.163. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

- a) Sunt solicitate misiuni de audit intern (ad-hoc) pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni în toate situațiile în care se impune în ultimul an calendaristic încheiat.
- b) Sunt solicitate misiuni de audit clinic extern pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni, în toate situațiile în care se impune în ultimul an calendaristic încheiat.

Gradul de asigurare a independenței auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii, este de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate în ultimul an calendaristic încheiat.

- c) Gradul de evitare a conflictului de interese a auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii este de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate în ultimul an calendaristic încheiat.
- d) Gradul de asigurare a nivelului de competență necesar auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii este de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii

analizei, acestea sunt următoarele: solicitari misiuni audit intern, solicitari misiuni audit extern, nivel de competența al auditorilor.

VIII. 19. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți

Art.164. – Reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia are ca principale scopuri:

- a) Se asigură comunicarea cu mass-media astfel încât să se asigure informarea publicului și promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare aplicabile;
- b) Stabilește modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți;
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.165. – Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) managerul Spitalului numește, o persoană responsabilă în relația cu mass-media (R.R.M.M.), precum și o persoană responsabilă de comunicarea cu mass-media în situații de criză. R.R.M.M. este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. R.R.M.M. este principala persoană de contact pentru mass-media.

b) În cadrul Spitalului relația cu mass-media este asigurată numai prin intermediul R.R.M.M. Excepție de la regulă fac următoarele cazuri:

- i. accesul delegațiilor cu acordul managerului, când aceștia vor fi însoțiți de manager, R.R.M.M. sau persoane numite prin decizie de către manager;
- ii. accesul delegațiilor altor ministere, numai dacă aceștia își asumă răspunderea pentru reprezentanții mass-media care îi însoțesc.

c) R.R.M.M. are obligația să comunice din oficiu pe pagina Spitalului de web: <http://salvosanciobanca.ro/> sau la sediul său informațiile de interes public prevăzute de art. 5 alin. (1) din *Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public*.

d) În vederea asigurării accesului în spital, acreditarea reprezentanților mass-media se face pe baza aprobării managerului, la cererea instituției de presă al cărui angajat este ziaristul. În cererea pentru obținerea unei acreditări, instituția de presă solicitantă din România va prezenta următoarele documente:

- i. Formularul de acreditare;
- ii. Fișa personală a ziaristului/ ziariștilor propuși pentru a fi acreditați;
- iii. Copie după cartea de identitate a ziaristului/ ziariștilor;
- iv. Declarație pe proprie răspundere a jurnalistului
- v. Copie după legitimația de presă;
- vi. Motivația avută în vedere pentru solicitarea accesului în Spitalului. Dacă motivul pentru care solicită accesul mass-media în cadrul spitalului este acela de interviu a un pacient se vor menționa toate detaliile considerate necesare, acestea urmând a fi prezentate pacientului în vederea obținerii în prealabil a acordului scris al acestuia.

e) În baza documentelor prezentate de către ziarist/ instituția de presă solicitantă, Spitalul va elibera, în termen de maximum 7 zile lucrătoare de la data depunerii actelor, acreditarea. Refuzul acordării acreditării și/ sau retragerea acreditării unui ziarist se comunică în scris și nu afectează dreptul organismului de presă de a obține acreditarea pentru un alt ziarist.

f) Acordarea interviurilor în cadrul Spitalului se realizează numai de către manager, R.R.M.M. precum și de către alt personal din cadrul spitalului care are aprobarea managerului în acest sens, cu respectarea următoarelor reguli:

- i. declarațiile referitoare la o persoană se vor face respectând drepturile și libertățile fundamentale ale omului;
- ii. informațiile cu privire la o persoană reținută pentru cercetări, arestată sau aflată în detenție se vor pune la dispoziția mass-media numai cu acordul scris al persoanei;
- iii. nu va fi dezvăluită în nici un fel identitatea persoanei victimă a unei infracțiuni privitoare la viața sexuală cu excepția cazului în care aceasta și-a dat acordul scris;
- iv. informațiile puse la dispoziția mass-media în cadrul interviului vor ține cont de dreptul la protejarea imaginii publice și a vieții intime, private și familiale ale pacientului în cauză;
- v. informațiile cu privire la persoanele aflate în tratament, date cu caracter personal sau privind starea de sănătate, probleme de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și cu alte diverse fapte, inclusiv rezultatul unei autopsii se vor pune la dispoziția reprezentanților mass-media numai cu consimțământul explicit al persoanei sau în cazul unei persoane care nu-și poate da consimțământul ori decedată, cu acordul familiei sau reprezentantului legal al acesteia.

g) R.R.M.M. va însoți reprezentanții mass-media în cazul în care aceștia doresc interviuarea unui pacient, dar va permite acest lucru numai după ce pacientul își va da în prealabil acordul în scris pentru interviuarea sa și, asistă pacientul pe tot timpul interviului. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicație, tratament sau cu privire la luarea unor interviuri, se vor da pe formularul prevăzut în **Anexa nr. 3 la prezentul Regulament**, atât de către pacient cât și de către medicul curant al acestuia. În situația în care, în cadrul interviului se dorește fotografierea și/ sau filmarea pacientului, acesta – inclusiv medicul curant al pacientului – își vor da consimțământul scris, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta unității sanitare*“, prevăzut în anexa nr. 1 la *O.M.S. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*.

h) În sensul celor menționate la lit. g), după obținerea acreditării, R.R.M.M. va transmite jurnalistului acreditat acceptul pacientului de a acorda interviul solicitat în cadrul spitalului, respectiv de a fotografia și/ sau filma, cu menționarea datei și intervalului orar în care pacientul a acceptat acest lucru.

i) R.R.M.M. nu va fi tras la răspundere în cazul unor filmări cu camera ascunsă sau a unor interviuri înregistrate cu echipamente audio ascunse de către reprezentanții mass-media, împotriva voinței pacientului/ pacienților intervievat/i.

j) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la intrarea în spital. Personalul de serviciu al spitalului va solicita cartea de identitate și ordinul de serviciu/ legitimația de serviciu a reprezentanților mass-media și va anunța managerul spitalului și R.R.M.M. despre prezența reprezentanților mass-media pe teritoriul spitalului. Accesul reprezentanților mass-media în spital se face numai pe baza legitimației de acreditare și a documentului de identitate, precum și cu acordul managerului spitalului. Personalul de serviciu al spitalului nu va permite intrarea reprezentanților mass-media în cadrul spitalului până când nu vor fi însoțiți de către R.R.M.M. sau manager.

k) Regulile privind accesul reprezentanților mass-media în spital sunt următoarele:

- i. Toți reprezentanții mass-media care vor oferi informații înregistrate audio/ video despre spital, personalul acestuia sau pacienții internați în cadrul

- spitalului au obligația de a asigura informarea obiectivă a publicului prin prezentarea corectă a faptelor și evenimentelor
- ii. Pe teritoriul Spitalului accesul reprezentanților mass-media se face însoțit numai de R.R.M.M., manager sau o altă persoană delegată de către manager.
 - iii. Reprezentanții mass-media vor purta pe parcursul vizitei în spital ținuta de protecție adecvată spațiilor medicale în care se realizează accesul și ecuson de identificare
 - iv. Reprezentanții mass-media nu vor recurge la înșelăciune în vederea obținerii unor informații susținând că sunt persoane angajate ale Spitalului.
 - v. Reprezentanții mass-media nu vor lua interviuri, nu vor efectua filmări ale pacienților din cadrul spitalului decât după ce se va obține acordul scris al acestora.
 - vi. Reprezentanții mass-media care vor obține și utiliza informații din cadrul spitalului folosind mijloace de înregistrare audio/ video ascunse se fac răspunzători pentru faptele lor și vor suporta consecințele acestora potrivit prevederilor legale incidente în vigoare. Utilizarea metodelor menționate atrage după sine interzicerea accesului în cadrul spitalului cu alte ocazii pe termen nelimitat dar și posibilitatea acționării în instanță de către reprezentanții spitalului sau de către pacient.
 - vii. **Accesul reprezentanților mass-media va fi permis pe teritoriul spitalului numai după asumarea prin semnătură a acestor reguli.**

Art.166. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: formular de acreditare, carte de identitate, fisa personala ziarist, legitimație de presa.

Art.167. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia sunt următorii:

a) În toate situațiile de aplicare a reglementării, sunt depuse documentații complete conform prevederilor din prezentul Regulament, de către instituțiile de presă, în vederea obținerii acreditării propriilor ziaariști care doresc să realizeze interviuri în cadrul spitalului;

b) În toate situațiile de aplicare a reglementării, sunt întocmite acorduri scrise ale pacienților internați în spital privind interviuarea de către ziaariști acreditați de către spital.

c) Numărul de pacienți care și-au dat consimțământul scris, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta unității sanitare*“, prevăzut în anexa nr. 1 la *O.M.S. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003* este direct proporțional cu numărul de pacienți care au fost fotografiați și/ sau filmați pe timpul interviurilor date mass-media în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: documentatiile institutiilor de presa, acorduri scrise ale pacientilor privind interviuarea lor, acorduri privind filmarea/fotografierea pacientilor.

VIII. 20. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media

Art.168. –Reglementarea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli unitare care stabilesc competențele comunicării personalului cu mass-media;
- b) Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare;
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.169. – (1) Relațiile cu mass-media a personalului spitalului, sunt admise cu respectarea strictă a regulilor stabilite în **Anexa nr. 4 la prezentul Regulament.**

(2) Acordarea de interviuri și/ sau declarații de presă în legătură cu activitatea desfășurată în cadrul Spitalului, precum și participarea personalului Spitalului la emisiuni de radio sau de televiziune se aprobă de către managerul Spitalului/ înlocuitorul legal.

(3) Personalul desemnat ca și responsabil cu relații mass-media se consultă, în ceea ce privește oportunitatea acordării de interviuri și/ sau declarații de presă, cu managerul spitalului.

Art.170. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documentele care contin regulile comunicării cu mass-media.

Art.171. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul total de informații furnizate către mass-media în ultimul an calendaristic încheiat și numărul de informații eronate/ incomplete furnizate în aceeași unitate de timp, are valoare nulă.

b) Numărul de persoane angajate în spital care și-au depășit competența în domeniul comunicării în raport cu numărul de persoane angajate în spital care au acordat interviuri mass-media în ultimul an calendaristic încheiat, este de maxim 1%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: informații furnizate, informații eronate/incomplete, personalul care si-a depășit competentele.

VIII. 21. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic

Art.172. – Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfășurării activităților emergente obiectivelor strategice înscrise în "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*".

b) Să asigure posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea/ ameliorarea neconformităților constatate care să conțină propuneri punctuale pentru îndeplinirea în volum complet și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*".

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.173. – Etapele modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Potrivit prevederilor ”Regulamentului de organizare și funcționare a S.M.C.S.S.” personalul încadrat în cadrul S.M.C.S.S. se constituie ca membrii ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului.

b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din ”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”, întocmesc o analiză anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.

c) În mod punctual, în cadrul analizei menționate la lit. b) se evidențiază stadiul executării activităților înscrise în graficul Gantt din cadrul ”Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului Indicatorii de evaluare/ monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din ”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”, care vor fi utilizați în analiza menționată la lit. b) sunt următorii:

- i. Gradul de îndeplinire a fiecăruia dintre obiectivele și activitățile emergente planificate prin graficul Gantt din cadrul ”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului” este de minim 80%.
- ii. Se face dovada că fundamentarea obiectivelor ”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului” a fost făcută în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate pentru minim 80% dintre respectivele obiective.
- iii. Se confirmă că toate propunerile formulate în analiza privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
- iv. Se confirmă că toate obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora, fiind incluse în raport cu perioada la care se referă, în planificarea anuală a îndeplinirii obiectivelor strategice.

d) În baza deciziei Comitetului director, **indicatori de evaluare/ monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților (Bază: indicatorul 01.01.02.02.01 și indicatorul 01.07.05.01.01), sunt următorii:**

- i. Numărul de proceduri operaționale/ protocoale revizuite în termen este direct proporțional cu numărul de proceduri operaționale pentru care s-au făcut astfel de propuneri în ultimul an calendaristic încheiat;
- ii. Număr de angajați (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/ protocoale nou intrate în vigoare/ revizuite în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proporțional cu numărul de angajați din cadrul Spitalului care aplică proceduri;
- iii. Numărul de angajați (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/ protocoale revizuite este direct proporțional cu numărul de angajați ai spitalului care aplică proceduri;
- iv. Numărul acte normative nou intrate în vigoare, incidente proceselor derulate în spital, este direct proporțional cu numărul de informări prin care structura juridic a adus la cunoștința personalului respectivele reglementări pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- v. Numărul de protocoale medicale a căror indicatori de eficiență și eficacitate au fost evaluați/ monitorizați pe parcursul ultimului an calendaristic, este direct proporțional cu numărul total de protocoale existente la nivelul spitalului;
- vi. Numărul de reglementări interne a căror indicatori de eficiență și eficacitate au fost evaluați/ monitorizați pe parcursul ultimului an calendaristic, este direct

- proporțional cu numărul total de reglementări interne existente la nivelul spitalului;
- vii. Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF este direct proporțional cu numărul total de angajați ai spitalului;
 - viii. Numărul de reclamații/ plângeri ale pacienților înregistrate pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, nu depășește valoarea maxim acceptată anual;
 - ix. Suma alocată pentru cheltuieli cu achiziții de echipament medical prin „Bugetul de venituri și cheltuieli” este direct proporțională cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții”;
 - x. Suma alocată pentru cheltuieli cu lucrări de reparații/ îmbunătățiri prin „Bugetul de venituri și cheltuieli” este în direct proporțională cu sumele propuse prin „Planul de reparații curente”;
 - xi. Lunar, în medie minim 80% dintre răspunsurile din chestionarele satisfacție a pacienților colectate pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat, denotă satisfacție în legătură cu condițiile hoteliere oferite de spital;
 - xii. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale este de minim 80% în raport cu numărul paturi, pe compartiment;
 - xiii. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale este de minim 80% în raport cu numărul de cabine WC, pe compartiment;
 - xiv. Raportul dintre consumul de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. realizat per consumul planificat, în ultimul an calendaristic încheiat, are o valoare cuprinsă între 0,9 la 1,1;
 - xv. Raportul dintre numărul de pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat, este de minim 90%;
 - xvi. Numărul de acțiuni planificate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție sanitară de prestigiu este direct proporțional cu numărul de acțiuni organizate de acest tip;
 - xvii. Numărul de solicitări de modificări de structură organizatorică cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale este direct proporțional cu numărul de propuneri formulate, avizate/ aprobate de către Consiliul medical/ Comitetul director;
 - xviii. Gradul de asigurare a tuturor spațiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (compartimente medicale, spitalizare de zi, etc.) este de minim 80% în raport cu prevederile legale în vigoare incidente.
- e) Analiza menționată la lit. b) se transmite Comitetului director ca anexă la un raport de analiză, urmând a fi supusă atenției în proxima ședință a Comitetului director care va decide luarea, după caz, a unor măsuri adecvate de remediere a disfuncțiilor constatate, va nominaliza responsabilii și termenele de implementare a respectivelor măsuri.
 - f) Rezultatele analizei menționată la lit. b) urmează a fi utilizate în:
 - i. Redactarea *”Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului”* aferent anului următor;
 - ii. Eventuala revizuire a obiectivelor strategice cuprinse în *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”* și emiterea *„Planificării anuale a activităților pentru realizarea ”Planului strategic de dezvoltare Salvosan Ciobanca I”, în anul _____ (inclusiv a celor care nu au fost realizate pe parcursul anului _____)”*

Art.174. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: plan strategic, obiective, activitati emergente, proceduri, protocoale, chestionare

de satisfacție, buget alocat (pentru achiziții, reparații/îmbunătățiri), sisteme de alarmă, biocide, acțiuni cu impact în mass-media.

Art.175. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din ”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului” sunt următorii:

a) Se face dovada respectării termenului de desfășurare a analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al ”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului” ;

b) Utilizarea în cadrul analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al ”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului” a unui set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate reprezintă o regulă care se respectă permanent;

c) Se asigură un grad de 100% de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din ”Planul strategic de dezvoltare Spitalului”, în limita BVC alocat, cu condiția în care pe parcursul perioadei de referință să nu fi existat situații excepționale care să nu permită realizarea obiectivelor strategice;

d) Se asigură un grad de 100% relevanță a propunerilor formulate de către echipa responsabilă cu evaluările periodice prin raportul de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind formulate ținând cont de resursele (umane, materiale, financiare și de timp) la dispoziție.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: analiza anuală, termen, gradul de îndeplinire a obiectivelor, Graficul Gantt, propuneri.

VIII. 22. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative

Art.176. – Reglementarea procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative are ca principale scopuri:

a) Punerea la dispoziția unităților sanitare și administrative interesate de canale de comunicare variate;

b) Asigurarea comunicării externe a spitalului care să răspundă atât nevoilor proprii cât și nevoilor partenerilor externi ai acestuia;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.177. – (1) Etapele procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Comitetul director definește în cadrul unei ședințe a acestuia situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative sau organizații de profil din domeniul de interes al spitalului, stabilind în acest sens o ”Listă de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”.

b) Modificarea și completarea ”Listei de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital” revine în exclusivitate Comitetului director.

c) Identificarea instituțiilor cu care se agreează a fi încheiate parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare pentru fiecare dintre situațiile menționate în ”Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital” și încheierea efectivă cu acestea a respectivelor parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare este de competența

consilierului juridic al Spitalului. La încheierea respectivelor parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare consilierul juridic va urmări pe cât posibil ca acestea să fie încheiate pe perioade nelimitate (multianual), prin aplicarea prevederilor incidente în vigoare, după caz.

(2) Potrivit deciziei Comitetului director **"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"** cuprinde următoarele situații:

- a) Transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/ capacitatea de rezolvare a cazului;
- b) Asigurarea continuității îngrijirilor în colaborare cu servicii de asistență socială;
- c) Educația pacienților/ aparținătorilor în parteneriat cu organizații de profil;
- d) Comunicarea/ colaborarea cu asociații ale pacienților;
- e) Facilitarea la nivelul spitalului a posibilității asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului;
- f) Acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale în colaborare cu organizații de profil;
- g) Colaborarea cu alte unități sanitare publice/ specialiști externi instituției pentru situația în care pacienții solicită "a doua opinie medicală", inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate;
- h) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română;
- i) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui interpret mimico-gestual;
- j) Colaborarea cu alte unități sanitare publice în caz de urgență;
- k) Colaborarea cu unitățile de învățământ medical.

(3) După încheierea parteneriatelor/ protocoalelor/ acordurilor de colaborare de către consilierul juridic în baza **"Listei de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"**, acesta întocmește și actualizează în permanență evidența unităților sanitare și administrative cu care spitalul colaborează, evidență care se pune la dispoziție prin afișare atât pe site-ul spitalului cât și pe compartimentele medicale, personalul medico-sanitar utilizând aceste informații, după caz.

Art.178.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- Listă de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital
- Parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare

Art.179. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare în vigoare pentru fiecare dintre situațiile menționate în **"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"**, are valoare egală cu 1.

b) Lista de parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare în vigoare pentru fiecare dintre situațiile menționate în **"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"**, este actualizată și afișată în permanență în fiecare dintre structurile medicale și pe site-ul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

- numărul de parteneriate/ protocoale/ acorduri de colaborare
- situații care impun efectuarea unei comunicări externe.

VIII. 23. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

Art.180. (1) – În contextul în care conducerea Spitalului conștientizează că asociațiile reprezintă vocea pacienților și militează pentru schimbarea aspectelor care afectează viețile lor și pe ale celor din jurul acestora, reglementarea procesului de comunicare cu asociații ale pacienților are ca principale scopuri:

a) - de a sprijini dreptul pacienților la instrumente pentru îngrijirea sănătății și de a crește gradul de conștientizare cu privire la problemele care au un impact semnificativ asupra calității vieții comunităților locale;

b) - de a oferi pacienților sprijin și oportunități de informare despre cum pot trăi cu afecțiunea pe care o au;

c) - asociațiile de pacienți este necesar să constituie o „verigă de legătură” între personalul medical al Spitalului și pacienți, care să funcționeze în ambele sensuri: nu doar ca prin intermediul asociațiilor să aflăm problemele cu care se confruntă pacienții în tratarea afecțiunilor de care suferă, ci tot prin intermediul lor să transmitem pacienților noutățile din sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

d) - de a susține campaniile de informare și educare, concepute pentru a atrage suportul publicului general, al profesioniștilor din domeniul medical și al autorităților de reglementare;

Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

(2) Comunicarea cu asociații ale pacienților se mai realizează și în cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic.

Art.181. (1) – Etapele procesului de comunicare cu asociații ale pacienților presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Postarea pe site-ul spitalului de către personalul structurii de informatică a informațiilor cuprinse în ”*Catalogul asociațiilor de pacienți*” care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății (<http://www.infrastructura-sanatate.ms.ro/asociatii-pacienti>) și care cuprinde o bază de date în care sunt prezente organizațiile de pacienți care au dorit să se înscrie pentru a fi găsite mai ușor de către cei interesați. Catalogul se dorește a fi un instrument de utilizat atât de către pacienții care doresc să caute informații despre asociațiile de pacienți pe anumite patologii și din anumite zone, cât și de către alte instituții, furnizori de servicii medico-sociale, companii private, medici, etc. care au nevoie de informații despre organizațiile de pacienți.

b) Inițierea de către consilierul juridic al Spitalului de colaborări cu asociații ale pacienților se face la cererea scrisă a unor pacienți ai spitalului care sunt diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a respectivelor asociații, în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la primirea în acest sens a avizului Consiliului medical, în condițiile în care respectivele asociații sunt înscrise în ”*Catalogul asociațiilor de pacienți*” care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății.

c) În situația unui răspuns favorabil din partea respectivelor asociații, contractul/protocolul de colaborare încheiat cu acestea va avea ca obiect de activitate schimbul de informații necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului.

d) Din oficiu, în situația în care în cadrul Spitalului datele statistice relevă la un moment dat o adresabilitate sporită din partea unor pacienți diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a unor asociații de pacienți înscrise în ”*Catalogul asociațiilor de pacienți*” care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății, cu avizul Consiliului medical se va proceda la încheierea unor contracte/ protocele de colaborare cu respectivele asociații, fără a fi necesar să existe anterior solicitări ale pacienților în acest sens.

(2) În cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic, managerul Spitalului este responsabil de invitarea asociațiilor de pacienți înscrise în registru în județul respectiv, prin invitații transmise prin fax sau scrisoare cu confirmare de primire și prin publicare pe site-ul spitalului. În vederea prezentării candidaturilor acestora, asociațiile de pacienți pot nominaliza un singur reprezentant, care trebuie să aibă domiciliul stabil în județul de dispunere a Spitalului. Desemnarea reprezentanților asociațiilor de pacienți în Consiliul etic al Spitalului se realizează de către acestea conform prevederilor normative incidente în vigoare. În absența unei candidaturi din partea asociațiilor de pacienți, Consiliul etic se consideră legal constituit.

Art.182. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- Catalogul asociațiilor de pacienți
- Contractul/ protocolul de colaborare

Art.183. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de contracte/ protocole de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților raportat la numărul de cereri scrise ale pacienților în ultimul an calendaristic, are valoare egală cu 1;
- b) Raportul dintre numărul de contracte/ protocole de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților în raport cu datele statistice relevante care au determinat încheierea acestora, are valoare egală cu 1;
- c) Permanent se asigură respectarea în integralitate prevederile normative incidente în vigoare constituirii Consiliului etic al Spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de contracte/ protocole de colaborare, numărul de cereri scrise ale pacienților, prevederile normative incidente Consiliului etic.

VIII. 24. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz

Art.184. –Reglementarea procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal are ca principale scopuri:

- a) asigurarea condițiilor pentru un management eficient al resursei umane și adaptarea la solicitările curente;
- b) îmbunătățirea performanțelor profesionale individuale;
- c) creșterea eficienței organizaționale;
- d) creșterea calității vieții personalului;
- e) diminuarea efectelor manifestărilor psihocomportamentale relaționate cu stresul și evenimentele traumatice;
- f) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.185. – (1) În cadrul Spitalului activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

(2) În cadrul Spitalului exercitarea actului psihologic se face de către psihologii cu drept de liberă practică, prin contract de colaborare, care dețin atât atestatul de liberă practică în specialitatea “psihologie clinică”, cât și un atestat de liberă practică în specialitatea “psihoterapie”, potrivit cerințelor.

Art.186. – (1) Activitatea de asistență psihologică constă în evaluarea psihologică a resursei umane și intervenția psihologică specializată.

(2) Evaluarea psihologică a resursei umane în cadrul Spitalului se realizează de către psihologii cu drept de liberă practică, individual sau în grup, în următoarele situații:

- a) la angajare - pentru personalul din cadrul Spitalului;
- b) în cadrul evaluărilor psihologice periodice la indicația medicului de medicina muncii;
- c) la solicitarea managerului spitalului sau a șefului/ coordonatorului direct cu aprobarea managerului – alte categorii de personal care își desfășoară activitatea în cadrul spitalului pe perioadă determinată (studenți voluntari, personal detașat din alte unități medicale, voluntari etc);

(3) Evaluarea psihologică se execută, de regulă, pentru întreg personalul sau ori de câte ori se solicită de către medicul de medicina muncii din cadrul serviciilor medicale profilactice pentru supravegherea sănătății personalului.

(4) Evaluarea psihologică se finalizează cu un raport de evaluare psihologică și acordarea avizului psihologic APT, APT CONDIȚIONAT, INAPT TEMPORAR sau INAPT, care este consemnat în fișa de evaluare psihologică individuală.

(5) În perioada de valabilitate a avizului APT CONDIȚIONAT, INAPT TEMPORAR și INAPT, persoana în cauză își desfășoară activitatea sub directa supraveghere a managerului/ șefului nemijlocit, în condiții de siguranță, cu respectarea recomandărilor, până la data reevaluării menționată în aviz și, după caz, parcurge un program de intervenție psihologică specializată.

Art.187. – (1) Activitatea psihologilor cu contract de colaborare cu Spitalul se desfășoară în cabinetul psihologic, sala de examinare colectivă.

(2) De regulă, modalitatea de asigurare a suportului psihologic presupune respectarea următoarelor etape:

- a) se comunică personalului locul, data și ora întâlnirii cu psihologul;
- b) se solicită personalului evaluat să completeze formularul de “Acord liber consimțit” prevăzut în **Anexa nr. 5 la prezentul Regulament**;
- c) se efectuează evaluarea psihologică propriu-zisă, cu asigurarea condițiilor prevăzute de alineatul următor;
- d) se elaborează un răspuns la cererea formulată, precum și un “Plan de intervenție psihologică”, după caz;
- e) se comunică rezultatul angajatului, precum și celui care a făcut solicitarea/ managerului spitalului;
- f) la nevoie se asigură monitorizare, consiliere și/ sau psihoterapie, după caz și se programează o reevaluare după un interval de timp (variabil între o lună și 6 luni), funcție de particularitățile cazului;
- g) psihologul întocmește un raport de psihodiagnostic după fiecare etapă, care se anexează la dosarul personal al angajatului. Acesta cuprinde: gradul, numele și prenumele persoanei diagnosticate, data și motivul evaluării, istoric, instrumente utilizate în evaluare, concluzii și recomandări și va fi asumat prin semnătură de către psiholog.

(3) Condițiile de desfășurare a asistenței psihologice trebuie să asigure:

- a) dreptul la intimitate al beneficiarului serviciilor psihologice;
- b) calitatea și autenticitatea manifestărilor psihocomportamentale ale persoanei;
- c) integralitatea și confidențialitatea datelor și informațiilor cu caracter profesional.

(4) În afara evaluărilor psihologice făcute la angajare pentru personalul spitalului, psihologul asigură suport psihologic în următoarele situații:

- la solicitarea scrisă a angajatului;
- la solicitarea scrisă a șefului direct, avizată de către manager;

- la solicitarea scrisă a medicului de medicina muncii;
- la solicitarea managerului.

Art.188. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: raport de evaluare psihologică, aviz psihologic, fișa de evaluare psihologică, formular de “Acord liber consimțit”, Plan de intervenție psihologică.

Art.189. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile se respectă prevederile normative incidente și etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcție de particularitățile cazului;

b) Numărul de evaluări și/ sau intervenții psihologice înregistrate în registrele de consultații în ultimul an calendaristic încheiat, este în raport direct cu numărul de solicitări emise în acest sens.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: prevederile normative incidente, numărul de evaluări și/ sau intervenții psihologice, numărul de solicitări pentru evaluări și/ sau intervenții psihologice.

VIII. 25. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare

Art.190. – Reglementarea accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare are ca principale scopuri:

a) Utilizarea la nivelul spitalului de proceduri unitare privind asigurarea confidențialității pacienților și stabilirea de măsuri în vederea verificării respectării acestora de către personalul medical;

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.191. – (1) Etapele procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului sau din afara acestuia care dorește să aibă acces și să utilizeze baza de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii (inclusiv de nursing), analize, documentare, va depune la registratură o cerere scrisă în acest sens în care va menționa documentele medicale (constituite în unități arhivistice) la care dorește să aibă acces, perioada pentru care solicită accesul (aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile calendaristice) și motivul solicitării.

b) Persoana care deservește registratura prezintă, în maxim 24 ore, spre aprobare, managerului spitalului, cererea de studiere a documentelor medicale.

c) Pentru personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se avizează de către șeful ierarhic al acestuia, directorul medical și se aprobă de către managerul Spitalului.

d) Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se aprobă, după caz, de către managerul Spitalului numai după primirea unui aviz favorabil din partea Consiliului medical care va analiza respectiva solicitare în proxima ședință care se desfășoară ulterior depunerii cererii în discuție. În adoptarea unei conduite adecvate în speță Consiliul medical va avea în vedere următoarele criterii:

- i. Respectarea confidențialității datelor pacienților;

- ii. Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
 - iii. Numele Spitalului să fie menționat în cursul lucrării finale;
 - iv. Spitalul să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale.
- e) În situația în care Consiliul medical dă aviz favorabil cererii, va fi completat un protocol de studiu, conform modelului prevăzut în **nr. 6 la prezentul Regulament**, semnat de către solicitant și managerul spitalului, respectiv directorul medical.
- f) După obținerea aprobării, gestionarul arhivei va prelua cererea aprobată, va extrage din arhivă unitatea arhivistică/ unitățile arhivistice în cauză și va comunica solicitantului locul unde poate fi aceasta/ acestea studiat/e și următoarele condiții pe care trebuie să le respecte:
- i. Studiul documentelor ridicate din arhiva medicală se va face în spații adecvate dispuse în structura din care face parte personalul propriu al Spitalului sau altă locație din interiorul spitalului, conform aprobării date de manager și/sau directorul medical;
 - ii. Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului, Consiliul medical va desemna o persoană care va supraveghea respectarea de către solicitant a condițiilor cuprinse în protocolul de studiere a documentelor din arhivă
 - iii. Studiul documentelor poate consta în lecturarea acestora, luarea de notițe sau copierea scrisă de părți din document;
 - iv. Este interzisă fotocopierea, prin orice procedeu a documentelor ridicate din arhiva medicală;
 - v. Persoana care ridică documentele din arhiva medicală este responsabilă de integritatea acestora pe perioada cât le are în studiu;
 - vi. Este interzisă scoaterea din spital a documentelor originale luate din arhiva medicală.
- g) Solicitantul va semna de primirea unității arhivistice/ unităților arhivistice solicitate în registru.
- h) După studierea documentelor, cu încadrare în perioada aprobată, cercetătorul va restitui gestionarului arhivei medicale documentele medicale.
- i) Atât la ridicarea cât și la depunerea documentelor medicale constituite în unități arhivistice din/ în arhiva medicală, gestionarul arhivei împreună cu persoana care ridică/ depune respectivele documente, vor verifica integritatea unităților arhivistice prin numărare filă cu filă.

(2) Anual, la nivelul Spitalului, directorul medical va organiza evaluări periodice cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.

Art.192. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: analize, documentare, cerere, documente medicale.

Art.193. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare sunt următorii:

- a) Numărul anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul propriu medico-sanitar accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este în raport direct cu numărul total cereri depuse cu acest subiect, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
- b) Numărul anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul medico-sanitar din afara Spitalului privind accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este în raport direct cu numărul total cereri depuse cu acest subiect, a cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

c) Numărul de unități arhivistice ridicate din arhiva medicală este direct proporțională cu numărul de unități arhivistice care au fost returnate în aceasta în termenul maxim aprobat pentru studiu, în ultimul an calendaristic încheiat;

d) Numărul de unități arhivistice ridicate din arhiva medicală este în raport direct cu numărul de unități arhivistice care au fost returnate în aceasta fără lipsuri, în ultimul an calendaristic încheiat;

e) Raportul dintre numărul de evaluări periodice planificate este direct proporțională cu numărul de evaluări periodice efectuate anual cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

- numărul de unități arhivistice ridicate/ returnate, numărul de evaluări periodice planificate.

VIII. 26. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

Art.194. – Reglementarea procesului de comunicare între membrii echipelor medicale are ca principale scopuri:

a) Asigurarea transmiterii complete, corecte și în timp util a tuturor informațiilor necesare pentru furnizarea unui serviciu medical de calitate.

b) Asigurarea că procesul de comunicare interdisciplinară se bazează pe respect și pe competența fiecărui membru al echipei medicale.

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.195. – Comunicarea între membrii echipelor medicale (medic, asistent medical, infirmier, kinetoterapeut, îngrijitor, registrator medical etc.) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Toți membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului trebuie să fie conștienți de faptul că procesul de comunicare reprezintă un aspect major al practicii medicale în domenii cum sunt consultare, consiliere, lucru în echipă, sarcini de conducere, educație pentru sănătate și învățământ. Personalul medical trebuie să recunoască, să știe și să practice tehnici adecvate de comunicare cu oamenii aflați în cadrul de îngrijire a sănătății: pacienți, membrii familiei acestora, colegi și alți profesioniști în domeniu. Scopul comunicării medicale implică stabilirea relației terapeutice, înțelegerea perspectivei pacientului, explorarea gândurilor și emoțiilor acestuia și ghidarea acestuia în rezolvarea de probleme. Comunicarea între membrii echipei medicale este esențială pentru o îngrijire optimă centrată pe pacient.

b) Comunicarea eficientă în echipa medicală interdisciplinară influențează atât funcționarea echipei, cât și calitatea îngrijirii pacientului. Cooperarea și comunicarea eficientă între membrii echipei care tratează și îngrijesc pacientul sunt decisive pentru realizarea unui plan de îngrijire corespunzător și pentru obținerea satisfacției pacientului și familiei, pe de o parte, dar și a medicului și celorlalți membri ai echipei, pe de altă parte. O comunicare eficientă a echipei medicale:

i. crește abilitățile de diagnostic și apreciere a prognosticului, precum și planificarea corectă a tratamentului pacientului (comparativ cu profesionistul medical care acționează singur);

ii. crește controlul simptomelor;

iii. scade perioada de spitalizare a pacientului;

iv. conduce la satisfacția pacientului și familiei acestuia.

c) Factori care fac dificilă comunicarea în echipa medicală:

- i. Îngrijirea complexă, evoluția imprevizibilă a pacienților;
- ii. Profesioniști de diferite specialități implicați și care interacționează cu pacientul în diferite momente ale zilei, uneori în locații diferite, fără o interacțiune sincronă;
- iii. Profesioniștii care pot avea o viziune diferită asupra nevoilor de îngrijire;
- iv. Ierarhia din domeniul medical (medici versus alte specialități medicale și nemedicale) duce la inhibiția unor membri ai echipei în prezentarea propriilor viziuni și indicații de îngrijire;
- v. Diferența în educația profesională, vârsta.

d) Pentru realizarea unei comunicari eficiente în cadrul echipelor medicale din Spital, este necesară respectarea următoarelor reguli principale:

- i. Procesul de comunicare să se constituie într-o relație de tip participativ;
- ii. Să sprijine și să încurajare inițiativa personală în limitele competenței;
- iii. Formularea și comunicarea cerințelor să fie efectuată în mod clar și precis, pentru a nu lăsa loc interpretărilor eronate;
- iv. Din partea membrilor echipei cu poziții superioare (medici, asistenți medicali șefi, coordonatori) nu sunt indicate:
 - o Comportamentul dictatorial;
 - o Controlul excesiv al modului în care sunt îndeplinite sarcinile;
 - o Criticile excesive.
- i. Colaborarea profesională și comunicarea să fie în interesul pacientului;
- ii. Limbajul utilizat pentru comunicare să fie profesionist, concis, la obiect;
- iii. Comunicarea se fie făcută pe un ton amabil, profesional;
- iv. Comunicarea cu medicul de specialitate se face în scris (indicații medicale, tratamente etc.);
- v. Dacă există divergențe de opinie, acestea nu se discută de față cu pacientul;
- vi. Oricare ar fi tipul de relație, cadru medical-restul echipei medicale, trebuie înțeles că autoritatea nu presupune lipsa politeții, iar amabilitate nu înseamnă slăbiciune.

e) Pentru o comunicare eficientă este de preferat o comunicare față-în-față, precum și în cadrul întâlnirilor echipei interdisciplinare/ multidisciplinare. În cadrul acestor întâlniri asistenții medicali au rol central, cu nivel înalt de interacțiune atât cu medicii cât și cu alți participanți la furnizarea serviciului medical.

f) Emiterea verbală sau telefonică a deciziilor și indicațiilor medicale, rezultatelor de laborator etc. trebuie efectuată cu atenție pentru a nu se pierde din informațiile furnizate. În acest caz procesul de comunicare este constituit din patru faze:

- ASCULTARE – Receptorul ascultă indicația sau rezultatul complet;
- SCRIERE – Receptorul scrie informația într-un format propriu, pe care are posibilitatea de a-l recunoaște ușor;
- CITIREA – Receptorul citește emițătorului informația așa cum a scris-o;
- CONFIRMAREA – Emițătorul confirmă că ceea ce este scris și citit de către receptor, este corect.

g) Personalul medical transferă informații în etape și situații diferite pe parcursul furnizării asistenței medicale. Un pacient poate fi potențial tratat de o serie de medici și diverși alți specialiști. Pacienții se mișcă destul de des între zona de diagnostic, zona de tratament și zona de îngrijire regulată și se pot întâlni cu mai multe ture de personal pe zi. În acest context, breșele în comunicare pot provoca grave întreruperi în continuitatea îngrijirilor, un tratament inadecvat și leziuni sau dauna potențială a pacientului. Din acest motiv

comunicarea între unități și între echipele medicale trebuie să includă toată informația esențială și aceasta să fie furnizată într-un limbaj care să nu permită o interpretare incorectă. Limbajul trebuie să fie clar și normalizat, evitând sau clarificând (dacă este necesar) termeni care pot fi ambigui. În acest sens, membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului au obligația de a solicita precizări în situații de incertitudini care privesc procesul de comunicare.

h) Pentru o bună comunicare, la nivelul Spitalului, informația se transmite formal prin intermediul documentelor medicale ale pacientului (foaie de observație, fișe de evaluare inițială și de evoluție, rezultate ale investigațiilor și consulturilor interdisciplinare, planuri de îngrijiri, rapoarte de predare-primire etc) și utilizând codificări acceptate de domeniu (codificare diagnostice, codificare proceduri medicale/investigații, simboluri și definiții standardizate), de exemplu:

- Diagnosticale se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Procedurile documentate se codifică conform Listei codurilor de identificare ale procedurilor de sistem/ operaționale aferente domeniilor de activitate.
- Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.

i) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului să acorde o importanță deosebită procesului de comunicare în momentul transferului informației specifică pacientului de la o echipă de îngrijire la următoarea, de la un furnizor de îngrijire medicală la altul și/ sau de la furnizorii de îngrijiri către pacient și familia acestuia, cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor și siguranța sănătății pacientului. Informația care se partajează constă, în general, în date referitoare la starea actuală a pacientului, schimbări recente ale stării sale, tratamentul în curs și posibilele complicații care pot apare. O bună comunicare în situația transferurilor presupune:

- Transmiterea informației prin utilizarea unei structuri standard concise care să minimizeze confuzia;
- Acordarea de timp suficient pentru comunicarea informației importante și pentru ca personalul să formuleze și să răspundă întrebărilor fără întrerupere, întotdeauna când este posibil (în procesul de transfer trebuie incluse secvențe de timp pentru repetare și recitare);
- Asigurarea informației referitoare la starea pacientului, medicamentelor sale, planurilor de tratament, direcțiilor anticipate și oricăror schimbări relevante ale stării sale;
- Limitarea interschimbului de informații la ceea ce este necesar pentru prestarea unor îngrijiri sigure pacientului;

j) O importanță majoră a modului de comunicare în cadrul echipei medicale trebuie acordată de către membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului pe perioada transferului pacientului, în următoarele situații:

- transferul de la o tură la alta – în acest sens, medicii, asistenții medicali și infirmierele utilizează registre de predare-primire a turei;
- transferul intraclinic, între compartimente sau specialități, transfer pentru investigații paraclinice;
- externarea pacientului.

În acest sens, în cadrul Spitalului se utilizează documente tipizate care asigură calitatea și corectitudinea informațiilor medicale la transferul pacienților, după cum urmează:

- registru de efectuarea a găzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare și problemele pacienților internați;
- registre de predare-primire a turei în care asistenții medicali consemnează intervențiile de efectuat, tratamentele etc. și problemele pacienților internați;

- registre de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervențiile/ activitățile de efectuat și problemele pacienților internați;
- la externare se completează bilete de externare și/ sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienți – medicilor de familie ai acestora.

k) Anual, de regulă în luna aprilie, directorul medical evaluează implementarea modului de comunicare interprofesională, întocmind în acest sens o analiză care se constituie ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind prezentate în ședință a Consiliului medical.

Art.196. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: plan de îngrijire, documente medicale, proceduri documentate, registre.

Art.197. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare între membrii echipelor medicale sunt următorii:

a) Numărul de erori medicale (evenimente adverse) datorate comunicării deficitare în cadrul echipelor medicale în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, în aceeași perioadă de referință.

b) Numărul de reclamații ale pacienților referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, în aceeași perioadă de referință.

c) Numărul de reclamații ale personalului propriu referitor la comunicarea în cadrul echipei medicale, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, în aceeași perioadă de referință.

d) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de registre de predare-primire a turei întocmite la nivelul compartimentelor medicale în volum complet de către asistenți medicali și infirmiere, este proporțional egal cu numărul compartimentelor medicale din cadrul Spitalului.

e) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de erori medicale, numărul de reclamații ale personalului propriu, numărul de registre de predare-primire.

VIII. 27. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor

Art.198. – Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor are ca principale scopuri:

- a) Asigură diagnosticarea de urgență și luarea cu celeritate a unor măsuri terapeutice/ de îngrijire a pacienților internați de către medicii prescriptori;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.199. – Etapele procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, de regulă în primul trimestru, șefii laboratoarelor paraclinice cu care spitalul are încheiat contract (analize medicale, radiologie și imagistică medicală, endoscopie) fac propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate medicilor curanți. În situația că nu există motive de implementare a unor noi propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator, se mențin valorile adoptate pe parcursul anului precedent.

b) După adoptare de către Consiliul medical, prin grija secretarului Consiliului medical „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*” se comunică personalului în cadrul proximei întruniri. Ulterior acestor etape, personalul laboratoarelor paraclinice cu care spitalul are încheiat contract au obligația de a comunica telefonic, cât mai urgent posibil, medicului curant/ asistentei de tură (care are obligația de a anunța imediat medicul curant), rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator care se încadrează în „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*”, pe măsura identificării acestora, pentru fiecare dintre pacienți. Concomitent cu această activitate, personalul laboratoarelor paraclinice vor înscrie fiecare dintre aceste comunicări/ anunțuri telefonice în „*Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator*”, respectiv “*Caietul de comunicare/ alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/ endoscopie*”.

c) Evidențele menționate la lit. b) sunt utilizate de către personalul laboratoarelor paraclinice cu care spitalul are încheiat contract și pentru înscrierea în acestea a unor eventuale neconformități pentru investigațiile solicitate care sunt transmise, după caz, medicilor curanți/ asistentelor de tură (care au obligația de a anunța imediat medicul curant).

d) Fiecare dintre medicii curanți cărora li s-a comunicat telefonic un rezultat cu valori critice ale investigațiilor de laborator, are obligația de a înscrie și să parafeze respectivul rezultat în foaia de observație clinică generală a pacientului pentru care s-au efectuat respectivele investigații de laborator și să ia cu această ocazie imediat măsurile necesare în vederea diagnosticării, efectuării tratamentului și/ sau îngrijirilor necesare pentru pacientul pentru care s-au comunicat respectivele rezultate, după caz.

Art. 200. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate, Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator, Caietul de comunicare/ alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/ endoscopie, Foaia de observație clinică generală, Buletine de analiza medicala.

Art. 201. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „*FORMULAR NOTIFICARE rezultate critice ale analizelor de laborator*” transmise către medicii curanți este în raport direct cu numărul de situații în care s-a impus transmiterea acestora;

b) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în *Caietul de comunicare/ alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/endoscopie*” este direct proporțional cu numărul celor efectiv transmise către medicii curanți;

c) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „*Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator*” este direct proporțional cu numărul celor a căror conținut se încadrează în valorile din “*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*”;

d) În ultimul an calendaristic încheiat, raportul dintre numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în “*Registrul de radiologie/ ecografie pentru alertarea cu privire la aspectul (valorilor) critice ale investigațiilor de radiologie și Imagistică medicală/ ecografie*” și numărul celor a căror conținut se încadrează în valorile din “*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*”, are valoare egală cu 1.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice, *Formular notificare rezultate critice ale analizelor de laborator*, comunicări privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de radiologie imagistica.

VIII. 28. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

Art.202. – Reglementarea procesului de deplasare a pacienților în spital are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de condiții de siguranță și confort în timpul deplasării pacienților la nivelul spitalului, cu respectarea circuitelor;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.203. – (1) Etapele procesului de deplasare a pacienților în cadrul Spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului toți pacienții care se deplasează în interiorul acestuia la consulturi interdisciplinare și/ sau investigații sunt însoțiți în mod obligatoriu de personal medico-sanitar.

b) În acest sens medicii coordonatori de structuri medicale nominalizează personalul medico-sanitar cu responsabilități de însoțire a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații. Acesta din urmă are obligația de a cunoaște principalele circuite ale spitalului (îndeosebi circuitul hranei, circuitul lenjeriei, circuitul deșeurilor, etc.) astfel încât pe timpul însoțirii pacienților la consulturi interdisciplinare și/ sau investigații să evite traseele care pot pune în contact pacienții cu diverse surse de I.A.A.M. sau care pot contamina hrana servită în cadrul spitalului.

c) Modul de deplasare la consulturi interdisciplinare și/ sau investigații a pacienților depinde de starea de sănătate și de gradul de autonomie a fiecărui pacient în parte, existând o serie de particularități care privesc această activitate, în raport cu următoarele categorii de pacienți:

- i. Pacient autonom;
- ii. Pacient neautonom:
 - Non-grav;
 - Grav/ dependent.

d) Deplasarea pacientului la consulturi interdisciplinare și investigații se face la ora programată în acest sens după ce în prealabil se verifică de către medicii curanți menținerea programării (îndeosebi atunci când programarea a fost făcută cu mai multe zile în urmă) astfel încât să se evite formarea de cozi/ aglomerări la medicii care realizează consulturile interdisciplinare sau în spațiile de așteptare pentru diferite investigații.

e) După ce se confirmă ora programării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, medicii curanți înmânează personalului desemnat ca însoțitor F.O.C.G./ F.S.Z. completat al pacientului (cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe

durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar). Pe timpul deplasării pacienților în cadrul spitalului, documentele medicale se păstrează în permanență asupra personalului însoțitor al pacienților, acesta fiind direct răspunzător de integritatea respectivelor documente.

f) În situația pacienților autonomi, funcție de starea lor, aceștia se vor deplasa însoțiți la consulturi interdisciplinare și investigații singuri (mers autonom) sau în cărucioare/ fotolii rulante. Pe timpul deplasării prin spital pacienții vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern. Însoțitorii desemnați au obligația de a supraveghea pe tot parcursul deplasării la și de la consulturi interdisciplinare și investigații pacienții împotriva căderilor sau a oricăror tipuri de accidentări. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/ sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

g) În cazul pacientului neautonom non-grav, acesta va fi transportat de către personalul desemnat ca însoțitor la consulturi interdisciplinare și/ sau investigații cu fotoliu/ cărucior rulant, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe respectivul mijloc de transport. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/ sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

h) Responsabilitatea stabilirii modului de transport în interiorul spitalului a pacientului neautonom grav/ dependent revine în mod exclusiv medicului curant al respectivului pacient. După caz, pacientul neautonom grav/ dependent, va fi transportat de către personalul desemnat ca însoțitor la consulturi interdisciplinare și/ sau investigații cu targă de transport, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe targă. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/ sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/ medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

Art.204.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: F.O.C.G./ F.S.Z., documente medicale.

Art.205. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de deplasare a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații sunt următorii:

a) Numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale cauzate de lipsa măsurilor de siguranță luate de către personalul desemnat ca însoțitor pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

b) Numărul de situații în care s-au pierdut/ deteriorat documente medicale pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

c) Numărul de reclamații ale pacienților în legătură cu modul defectuos de deplasare/ transport la nivelul spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale, numărul de situații în care s-au pierdut/ deteriorat documente medicale, numărul de reclamații ale pacienților.

VIII. 29. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor

Art.206. – Reglementarea modului de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor are ca principale scopuri:

- a) Sprijină sistemul de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală;
- b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.207. – Desfășurarea procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul fiecărui compartiment se ține de către persoanele desemnate de către coordonatorii de compartimente o evidență a zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili, care se calculează, de regulă, ca diferența dintre numărul total de paturi existent în compartiment din care se scade numărul de paturi ocupate de pacienții internați.

b) În situația în care numărul pacienților programabili sau a celor care se prezintă fără programare pentru internare depășește numărul de paturi din evidența menționată la lit. a) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor tratate din compartimentele medicale. Acest lucru se realizează prin colaborarea șefilor de compartimente și a asistenței medicale șefe care, pot ceda temporar paturi de la un compartiment la altul pentru utilizarea acestora în funcție de nevoile imediate și ținând cont de compatibilitățile patologiilor.

c) De regulă, în realizarea activității menționate la lit. b), se va încerca ca cedarea temporară a paturilor să se realizeze la nivelul aceluiași salon, astfel încât compartimentele să cedeze temporar unui alt compartiment câte unul/ două saloane întregi cu toate paturile aferente, evitându-se ca în cadrul aceluiași salon să fie internați pacienții unor compartimente cu patologii diferite. Cedarea între compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, se va face ținând cont de compatibilitățile patologiilor, aplicându-se în acest sens prevederile Anexei 1 la *O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar* care stabilește specialitățile medicale și specialitățile înrudite în care se pot efectua gărzi în funcție de competența profesională.

d) Pentru situația în care se anticipează că transferul de paturi între compartimente este necesar să fie realizat pe o perioadă mai îndelungată de timp (durată mai mare de o lună calendaristică), în mod obligatoriu se va solicita și aprobarea D.S.P. pentru emiterea de către acesta a unei autorizații sanitare de funcționare în acest sens.

Art.208. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: evidența zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili.

Art.209. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor sunt următorii:

a) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la cedarea între compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, ținându-se cont de compatibilitățile patologiilor este direct proporțional cu numărul de situații în care s-a impus acest lucru;

b) Numărul de reclamații ale pacienților/ aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de paturi, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maxim admisă de 0 (zero), în măsura în care, la data reclamației, gradul de ocupare a paturilor nu este de 100%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de situații în care s-au cedat de saloane cu paturi între compartimente, sau doar paturi din cadrul saloanelor, numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor.

VIII. 30. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

Art.210. – Reglementarea procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament are ca principale scopuri:

a) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar a fi luate în situația unor abateri involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.

b) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar a fi luate în situația unor abateri voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.

c) Conștientizarea personalului medico-sanitar în ceea ce privește necesitatea ca protocoalele de diagnostic și tratament să fie utilizate la nevoie individualizat, conform particularităților cazului.

d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.211. – Etapele procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Semestrial, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărui compartiment medical, se întocmesc analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament proprii fiecărei structuri medicale.

b) În cadrul analizelor menționate la litera a) se vor identifica:

- i. Abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc.;
- ii. Abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc.;
- iii. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului;
- iv. Abateri voluntare justificate de alte criterii (reglementări juridice; nivel de competență, grade academice universitare; aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol).

c) În cadrul analizelor, pentru fiecare dintre abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. cât și pentru fiecare dintre abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. se vor identifica în mod punctual cauzele și vor fi propuse măsuri de remediere, după caz.

d) Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului cât și în baza altor criterii vor fi susținute în cadrul analizelor efectuate de către judecata clinică, cunoștințele și experiența deținută de clinicienii care au decis abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:

- i. Vârste extreme;
- ii. Sex;
- iii. Comorbidități;
- iv. Complicații;
- v. Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
- vi. Atitudinea față de boală a pacientului etc.

e) Analizele menționate la lit. a) se vor constitui în anexe la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, care va fi înaintat de către șefii de structuri medicale Consiliului medical.

f) Pentru a documenta cât mai exact analizele abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament, șefii structurilor medicale pot decide ca respectivele abateri să fie înscrise în F.O.C.G.-urile pacienților în situația cărora au fost aplicate protocoale medicale care fac obiectul analizelor semestriale.

Art.212.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: protocoale, analize, rapoarte de analize, F.O.C.G.

Art.213. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul abaterilor involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. și numărul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat are valoare de maxim 5% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală;

b) Numărul abaterilor voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat, reprezintă maxim 1% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală;

c) Numărul abaterilor voluntare justificate medical prin particularitățile cazului din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat, reprezintă maxim 90% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală;

d) Numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat, reprezintă maxim 4% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul abaterilor de la protocoalele medicale nejustificate medical, numărul abaterilor de la

procoloalele medicale justificate medical prin particularitățile cazului, numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii;

VIII. 31. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric

Art.214. – Reglementarea procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric are ca principale scopuri:

- a) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul Spitalului;
- b) Se asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată pentru fiecare pacient în parte;
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.215. – (1) Procesul de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului, medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesar un consult interdisciplinar/ consult psihiatric imediat (în timpul internării curente) sau dacă acesta se va recomanda pacientului la externare o evaluare mai complexă în afara episodului curent de internare.

b) Consulturile interdisciplinare imediate, inclusiv consulturile psihiatrice se vor solicita de către medicul curant doar în cazurile în care sunt necesare pentru stabilirea schemei terapeutice a pacientului în momentul actual sau atunci când diagnosticul prezumtiv intuit de medicul curant poate influența prognosticul actualului episod de boală.

c) În situația în care patologia asociată a pacientului nu influențează nici terapeutic, nici prognostic episodul actual de boală, pacientului i se va recomanda la externare de către medicul curant completarea investigațiilor în rețeaua ambulatorie.

d) Decizia de a considera că un consult interdisciplinar, inclusiv consultul psihiatric, este necesar, aparține integral medicului curant. Pacientul nu are dreptul să solicite consulturi interdisciplinare. Internarea pentru un episod actual de boală presupune evaluarea pacientului în ceea ce privește această patologie și nu implică consulturi interdisciplinare fără legătură.

e) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, va lua legătura cu medicul de specialitate și va programa pacientul la consultul interdisciplinar. Medicul curant va menționa în F.O.C.G./ F.S.Z. data, ora și locația consultului interdisciplinar (ex.: pe secție, în Ambulatoriu, la pat) menționând/ justificând totodată motivul solicitării. Solicitarea de consult interdisciplinar înscrisă în F.O.C.G./ F.S.Z. se va data, semna și parafa de către medicul curant.

f) Consultațiile interdisciplinare, inclusiv consulturile psihiatrice, se acordă la recomandarea medicului curant, aprobată de medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical.

g) Responsabili de asigurarea consultațiilor interdisciplinare sunt, de regulă, medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda. În situația că este necesar un consult psihiatric, responsabil cu acordarea acestuia este medicul psihiatru din cadrul Spitalului care va acorda aceste consulturi, de regulă, în cadrul programului său de lucru. În afara programului de lucru a medicului psihiatru încadrat în cadrul Spitalului, pentru consulturile psihiatrice considerate a fi asigurate în regim de urgență, după caz, medicul de gardă trimite pacientul la unul dintre spitalele în care există linie de gardă în această specialitate de pe raza municipiului Zalău, cu care Spitalul are protocol de colaborare pe linia consulturilor interdisciplinare sau pentru o "a doua opinie medicală". Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda

consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea compartimentelor, serviciilor medicale, aprobate de conducerea spitalului sanitar, conform contractului individual de muncă de la norma de bază și contractului individual de muncă cu timp parțial, constituie abatere disciplinară.

h) Anterior de efectuarea consultului interdisciplinar intern/ extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul curant are obligația să completeze în F.O.C.G./ F.S.Z. cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar. În condițiile în care la momentul consultului interdisciplinar datele menționate nu sunt prezente în F.O.C.G./ F.S.Z. iar situația medicală nu reprezintă o urgență, pacientul va fi reprogramat pentru consult interdisciplinar la o dată ulterioară în vederea evitării unor posibile erori medicale prin lipsa informațiilor medicale complete.

i) În funcție de starea de sănătate și diagnosticele asociate ale pacientului, acesta se va deplasa la consult pe jos, cu căruciorul sau pe targă, obligatoriu însoțit de personal medico-sanitar din compartimentul în care este internat, atât la dus cât și la înapoiere. Pacientul se va deplasa îmbrăcat în ținuta de spital, cu halat și va fi însoțit de F.O.C.G./ F.S.Z. Pentru pacienții nedepasabili, în condițiile în care consultul interdisciplinar nu necesită echipamente medicale speciale, medicul curant va solicita consultul la patul bolnavului. În această situație medicul curant va lua legătura cu medicul solicitat la consult și va justifica respectiva cerere.

j) Medicul care acordă consultul interdisciplinar intern/ extern, precum și consultul psihiatric, va consemna atât în F.O.C.G./ F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare data și ora consultului, constatările sale, recomandările de investigație și/ sau terapeutice și necesitatea unei eventuale reevaluări ulterioare semnând și parafând. În situația în care se constată de către medicul care acordă consultul interdisciplinar că F.O.C.G./ F.S.Z. este necompletată cu datele necesare efectuării consultului iar starea pacientului nu reprezintă o urgență, acesta poate refuza acordarea consultului motivând atât în F.O.C.G./ F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare motivul refuzului și va transmite medicului curant data noii programări, urmând ca acesta din urmă să remedieze situația semnalată. Dacă situația pacientului reprezintă o urgență, medicul care asigură consultul interdisciplinar/ consultul psihiatric va consemna în F.O.C.G./ F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare datele constatate și propunerile sale de diagnostic, investigații și tratament, cu mențiunea că este integral responsabilitatea medicului curant să întegreze aceste informații în managementul cazului și să ia decizia medicală corespunzătoare.

k) După terminarea consultului interdisciplinar intern/ extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul care a asigurat respectivul consult înmânează F.O.C.G./ F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar personalului medico-sanitar care a însoțit pacientul, acesta fiind însoțit înapoi pe compartimentul medical pe care se află internat. F.O.C.G./ F.S.Z. al pacientului consultat interdisciplinar va fi înmânat pe compartiment medicului curant, acesta având responsabilitatea ducerii la îndeplinire a celor menționate în cadrul consultului interdisciplinar.

l) În situația în care în cadrul consultului interdisciplinar intern/ extern precum și a consultului psihiatric se fac recomandări de evaluare diagnostică complexe (analize de laborator, examinări imagistice etc.) medicul curant va decide dacă acestea se vor efectua în cursul actualei internări sau vor fi recomandate la externarea pacientului, urmând ca acesta să completeze examinările în rețeaua națională (prin medicul de familie, ambulatorii de specialitate sau internare în alte secții/ spitale). Ca regulă generală, se vor efectua strict acele investigații al căror rezultat pot influența episodul actual de boală din punct de vedere

prognostic sau terapeutic, urmând ca patologii asociate să fie evaluate în fara respectivei internări.

m) În cadrul compartimentelor medicale din cadrul Spitalului există posibilitatea stabilirii motivate (de exemplu: încadrarea deficitară cu personal medical) a unui număr maxim de consulturi interdisciplinare acordate zilnic de personalul medical din cadrul compartimentelor, propunere care va fi prezentată în acest caz de către medicul șef de compartiment în cadrul proximei ședințe a Consiliului medical și care, după caz, va fi ulterior aprobată de către director medical și va fi adusă la cunoștința întregului personal medical din cadrul spitalului.

n) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, și acest consult nu se poate efectua în cadrul spitalului datorită lipsei de personal medical calificat și/ sau a unor echipamente medicale, el va prezenta situația medicului șef/ coordonator de compartiment în vederea obținerii acceptului de a lua legătura cu un medic dintr-o altă instituție sanitară cu care spitalul are încheiate protocoale de colaborare în acest sens și va programa cu această ocazie pacientul pentru consult. Medicul curant va menționa în F.O.C.G./ F.S.Z. data, ora și locația unde se propune efectuarea consultului interdisciplinar (instituția medicală, denumirea secției, numele medicului care urmează să efectueze consultul), motivând respectiva solicitare pe care o va semna și parafa. Trimiterea pacienților la consulturile interdisciplinare externe este condiționată de obținerea prealabilă a aprobării director medical.

o) Pentru consulturi interdisciplinare externe, inclusiv a consulturilor psihiatrice, medicul curant va lua legătura cu serviciul de ambulanță în vederea deplasării pacientului cu ambulanța, menționând cu această ocazie situația în care pacientul este necesar să fie însoțit de medic sau doar de personal mediu sanitar, cât și nivelul de dotare cu echipamente medicale al ambulanței pe timpul transportului.

(2) Anual, se nominalizează prin grija personalului structurii de resurse umane medicii din cadrul spitalului care acordă consulturi interdisciplinare, respectivii medici având obligația ca în cadrul programului de 6/7 ore în medie pe zi lucrătoare, să acorde, cu prioritate, consulturile interdisciplinare pentru pacienții internați în cadrul spitalului sau pentru cei internați în alte spitale – în baza relațiilor contractuale stabilite între spital și alte unități sanitare publice.

(3) Medicii șefi/ coordonatori de structuri medicale și directorul medical au obligația de a coordona și controla acordarea cu prioritate a consulturilor interdisciplinare.

Art.216. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: F.O.C.G./ F.S.Z., protocoale de colaborare, contract individual de muncă, registru de consultații interdisciplinare, buletin de analize de laborator, buletin de examinări imagistice.

Art.217. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de consulturi interdisciplinare interne efectuate de către medicii fiecărei structuri medicale, inclusiv de medicul psihiatru pe parcursul anului calendaristic precedent și numărul de astfel de solicitări, are valoare egală cu 1;

b) Numărul de consulturi interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, efectuate de către medici din afara spitalului pe parcursul anului calendaristic precedent, în baza unor protocoale de colaborare existente – în vigoare este egal cu numărul de astfel de solicitări;

c) Există permanent minim 1 protocol de colaborare în vigoare care are ca obiect consulturile interdisciplinare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

numărul de consulturi interdisciplinare interne inclusiv de medicul psihiatru, numărul de consulturi interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, numărul protocoalelor de colaborare.

VIII. 32. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare

Art.217. – Reglementarea privind modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare are ca principale scopuri:

- a) Crearea cadrului normativ intern care să asigure ca specialiștii din serviciile paraclinice să facă parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe;
- b) Asigurarea de către spital a unei abordări multidisciplinare a practicii medicale, completă și personalizată, prin participarea specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare;
- c) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I;
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.218. – (1) **La nivelul Spitalului, situațiile care necesită abordare multidisciplinară sunt următoarele:**

- Cazurile medicale cu multiple comorbidități, cu evoluție agravată a patologiei de bază și/ sau a celor asociate;
- Cazuri medicale ce implică patologii rare;
- Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a Spitalului.

(2) **În oricare dintre situațiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice (contract de prestări servicii) în echipele multidisciplinare în cazul că rezultatele investigațiilor paraclinice (analize medicale și/ sau imagistică medicală) furnizează informații echivoce și/ sau care contravin diagnosticului inițial.**

(3) **De regulă, întâlnirile între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite se desfășoară în a doua decadă a lunilor în funcție de numărul de cazuri deosebite necesar a fi analizate.**

(4) Etapele procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesară convocarea echipei multidisciplinare.
- b) Dacă spitalul nu dispune de un medic cu o anumită specialitate/ biolog/ biochimist care se impune să fie prezent în cadrul echipei multidisciplinare acesta va fi invitat în baza protocoalelor de colaborare încheiate interinstituțional. Directorul medical, în colaborare cu medicul curant va lansa invitația de participare a respectivului specialist în cadrul echipei multidisciplinare, participarea acestuia putându-se realiza inclusiv prin serviciu de teleexpertiză¹⁰.

¹⁰ **Teleexpertiza** reprezintă serviciul de telemedicină prin care are loc un schimb de opinii medicale între mai mulți medici realizat prin orice mijloace de comunicare la distanță, în vederea confirmării unui diagnostic și/sau a unei conduite terapeutice, pe baza datelor din documentele medicale ale pacientului, și care nu presupune prezența fizică a acestuia (Bază: art. 30¹ din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

c) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului și a rezultatelor examenelor paraclinice puse la dispoziție de către medicul curant, membrii echipei multidisciplinare au obligația să analizeze dacă este necesară convocarea specialiștilor din serviciile paraclinice în vederea stabilirii conduitei terapeutice.

d) Fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare, inclusiv specialiștii din serviciile paraclinice, au obligația de a contribui în limitele competențelor și a experienței pe care o au la stabilirea diagnosticului și a unei conduite terapeutice pentru fiecare dintre pacienții pentru care a fost convocată respectiva echipă. În acest sens, fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare formulează un diagnostic și un plan de tratament sau de îndrumare a pacientului într-un alt serviciu de specialitate, după caz, în urma evaluării examenului clinic al pacientului al istoricului bolii consemnate în FOCG, coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice consemnate de asemenea în FOCG

e) În urma analizei fiecărei propuneri formulate se stabilește un diagnostic unitar și o conduită unică de tratament urmând ca pacientul să fie reanalizat de aceeași comisie la un anumit interval de timp stabilit de comun acord între membrii echipei multidisciplinare, după caz.

f) Concluziile se consemnează în FOCG cu menționarea datei și orei la care s-a desfășurat ședința, asumate prin parafa și semnătura fiecărui specialist din comisie.

g) În ceea ce privește cazurile medicale deosebite directorul medical analizează toate situațiile care au impus convocarea echipei multidisciplinare în cursul fiecărui trimestru. În urma analizei și la propunerea medicilor curanți care au tratat respectivele cazuri, directorul medical selectează cazurile cele mai reprezentative pentru a fi discutate în ședințele programate conform alineatului (3).

h) Ședința este condusă de către directorul medical, fiecare dintre cazurile selectate spre dezbatere fiind prezentate de către medicii curanți care au tratat respectivele cazuri.

i) În cadrul respectivei ședințe fiecare specialist analizează datele consemnate în FOCG (istoricul bolii, examen clinic, examene paraclinice, conduita de tratament, evoluția bolnavului) și se poartă discuții libere cu privire la aceste date între medicii clinicieni și specialiștii din serviciile paraclinice, trăgându-se concluzii utile care ar putea fi utilizate pe viitor.

j) Minuta întâlnirii și eventualele propuneri vor fi consemnate într-un proces verbal întocmit de medicul a cărui caz a fost prezentat. În situația discutării mai multor cazuri într-o singură ședință, fiecare dintre medicii curanți a căror cazuri au fost discutate își vor aduce aportul la redactarea minutei respectivei ședințe.

Art.219.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: contract de prestări servicii, protocoale de colaborare, FOCG.

Art.220. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de cazuri pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare în care a fost nevoie de prezența specialiștilor din serviciile paraclinice în cursul anului precedent și numărul de situații în care s-a impus acest lucru în aceeași perioadă de referință, are valoare egală cu 1;

b) Numărul de întâlniri între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat este direct proporțional cu numărul de astfel de întâlniri planificate.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

numărul de cazuri pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare, numărul de întâlniri între medicii de laborator și medicii clinicieni.

VIII. 33. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului

Art.221. –Reglementarea situației în care nu se comunică pacientului/ reprezentantului legal al acestuia informațiile despre starea de sănătate a pacientului are ca principale scopuri:

- a) Respectarea în toate situațiile a drepturilor pacientului instituite prin lege;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.222. – (1) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului/ reprezentantului legal a acestuia faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

(2) Pacientul/ reprezentantul legal are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.

(3) Pacientul/ reprezentantul legal al acestuia are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său despre starea de sănătate a pacientului.

(4) În situațiile prezentate la alineatele (2) și (3), medicul curant are următoarele obligații:

a) Să asigure completarea de către pacient/ reprezentantul legal al acestuia a rubricii nr. 7 *”Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate”* din formularul *”Acordul pacientului informat”* – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI *Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice»* din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței *”NU”*, urmată de obținerea semnăturii pacientului/ reprezentantului legal al acestuia. Din acest moment personalul medical nu va mai furniza niciun fel de informații pacientului.

b) Să asigure la solicitarea pacientului/ reprezentantului legal care a refuzat să fie informat posibilitatea ca informațiile despre starea medicală a pacientului să fie comunicate altor persoane. Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea pacientului de sănătate, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului *„Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale“*, prevăzut în anexa nr. 5 la O.M.S. nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003. Pacientul/ reprezentantul legal al acestuia va completa numele și prenumele persoanei/ persoanelor desemnate de către acesta să primească informații cu privire la starea de sănătate a pacientului, precum și calitatea persoanei (grad de rudenie/ altă relație).

(5) Pacientul/ reprezentantul legal al acestuia are dreptul de a reveni oricând asupra deciziei consemnate în formularul *„Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale“*, prin completarea pe același formular a casetei în care declară sub semnătură faptul că a retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea sa de sănătate persoanei nominalizate pe respectivul formular.

Art.223.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: informațiile medicale, formulare *Acordul pacientului informat*, Norme de aplicare Lege nr. 46/2003.

Art.224. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate aferenți situației în care nu se comunică pacientului/ reprezentantului legal al acestuia informațiile despre starea de sănătate a pacientului sunt următorii:

a) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerespectarea dreptului acestuia de a nu mai fi informat cu privire la starea sa de sănătate, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

b) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerespectarea dreptului acestuia de a desemna o altă persoană care să fie informată cu privire la starea sa de sănătate, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: reclamatii legate de neinformarea pacientului, reclamatii cu privire la nedesemnarea altei persoane pentru informare.

VIII. 34. Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale

Art.225. – Reglementarea procesului de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale are ca principale scopuri:

a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;

b) Asigură că pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.226. – Procesul de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului va solicita „*Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, în toate situațiile în care studenții facultăților de medicină, asistență medicală și moașe, medicii rezidenți, elevii școlilor postliceale de asistenți medicali, precum și alți medici, asistenți medicali sau moașe care nu îngrijesc pacientul urmează să aibă acces, în scop didactic, la pacient sau la datele medicale ale acestuia. Accesul la pacient sau la datele medicale ale acestuia este condiționată de obținerea anterioară de către medicii curanți ai pacienților a respectivului formular completat și semnat de către pacient.

b) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului poate realiza fotografierea sau filmarea pacienților, în cazurile în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului

și a tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fără consimțământul acestora.

c) **În mod obligatoriu înregistrarea audio/ foto/ video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este păstrată, în original, atașată la foaia de observare clinică generală¹¹ a respectivului pacient, iar motivația înregistrării va fi înscrisă în respectiva foaie.**

d) În toate situațiile care nu sunt prevăzute la lit. a) personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului este obligat să asigure obținerea consimțământului scris pacientului, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta spitalului sanitar*“, prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.

e) Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii în acest sens a consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului.

f) **În sensul celor menționate la lit. d), personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului va obține inițial consimțământul scris al pacientului/ reprezentantului legal, prin completarea formularului „Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.**

g) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune Consiliului medical planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.

h) Formularele prin care pacienții își exprimă acordul privind filmarea/ fotografierea în incinta spitalului sanitar precum și participarea la învățământul medical se introduc în F.O.C.G. și se arhivează împreună cu aceasta.

i) Evidența lunară a tuturor formularelor instituite ca anexe la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului care sunt completate de către pacienți și introduse în F.O.C.G. se asigură de asistentele șefe ale fiecărei structuri medicale (sau responsabilii nominalizați de șefii de structuri medicale în acest sens), respectiva evidență fiind utilizată ulterior în analizele efectuate de către personalul cu competențe în acest sens din cadrul Spitalului.

Art.227Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: *Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, date medicale, instruirii periodice, F.O.C.G..

Art.228. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale, sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul total de pacienți care au completat „*Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta unității sanitare*“ prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului și numărul total al pacienților care au fost înregistrați audio/ foto/ video în alt scop decât acela de a evita suspectarea unei culpe medicale, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 1;

¹¹ În continuare: „F.O.C.G.”

b) Numărul total de pacienți/ reprezentanți legali care au completat „*Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“ prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului este direct proporțional cu numărul total al pacienților care au participat la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, pe parcursul ultimului an calendaristic;

c) Numărul total de înregistrări audio/ foto/ video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este păstrată, atașate în original la foaia de observare clinică generală (inclusiv cu motivare înscrisă în respectiva foaie) este în raport direct cu numărul total al pacienților înregistrați pe parcursul ultimului an calendaristic.

d) Numărul total de instruiți cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare este egal sau mai mare cu/ decât numărul acestor instruiți planificate prin planificarea anuală întocmită în acest sens.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

Pacienți care au completat „*Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta unității sanitare*“, numărul total al pacienților care au fost înregistrați audio/ foto/ video, numărul total de instruiți.

VIII. 35. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

Art.229. – Reglementarea procesului de servire a mesei la patul pacientului are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea la nivelul Spitalului a circuitului alimentelor cu respectarea regulilor de igienă;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.230. – Etapele procesului de servire a mesei la patul pacientului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual șefii de compartimente medicale nominalizează din cadrul compartimentelor pe care le conduc/ coordonează personal pentru distribuirea alimentelor către pacienții (din rândul infirmierelor și, în situația că există deficit din această categorie, se vor nominaliza și asistente medicale);

b) Livrarea alimentelor preparate de la oficiu alimentar se face pentru întreaga cantitate necesară unui compartiment (în recipiente mari). **Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienții din cadrul fiecărui compartiment medical asigură transportul alimentelor pe compartimente cu respectarea normelor de igienă, utilizând în acest sens mijloace de transport și recipiente dedicate. Mâncarea se distribuie în cutii plastic acoperite (pentru întregul compartiment) și individual, per pacient (în ambalaje de unică folosință). Se respectă programul de distribuție a mesei și programul de servire a mesei pe fiecare compartiment, astfel încât temperatura alimentelor să fie optimă pentru servire;**

c) Alimentele se transportă de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor al fiecărui compartiment medical. **Indiferent de**

momentul zilei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor (atribuții în fisa postului). Circuitul alimentelor pe compartiment se realizează în mod distinct de toate celelalte circuite existente (prin delimitare temporală și igienizare corespunzătoare), fiind interzisă intersectarea acestora, stabilirea regulilor în acest sens fiind atributul C.P.I.A.A.M.

d) Distribuția hranei porționate se realizează de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor conform programului de servire a mesei care este afișat pe compartimente, cu respectarea meniului zilnic (care este de asemenea afișat pe compartimente) și a dietelor recomandate de medic în F.O.C.G.

e) Servirea mesei se face la pat în mod activ sau pasiv în funcție de starea pacientului, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va respecta cu strictețe orarul meselor asigurând servirea caldă a alimentelor și prezentarea acestora cât mai estetic. Totodată, respectivul personal are în vedere pentru fiecare dintre pacienți date despre regim, orarul meselor, posibilitățile de mobilizare, capacitatea pacientului de a-și folosi membrele superioare, eventuale restricții legate de efectuarea unor examene, precum și administrarea unor medicamente în funcție de orarul meselor.

f) Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va purta pe timpul transportului acestora precum și pe timpul servirii mesei o ținută formată din: halat de unică folosință, și capelină altul decât cel utilizat în desfășurarea celorlalte atribuții funcționale.

i. Alimentarea activă în salon, la pat, presupune:

1. Pacient mobilizabil:

- Pacientul se așează confortabil la marginea patului, după ce în prealabil și-a spălat mâinile;
- Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa;
- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.

2. Pacient imobilizat la pat dar care își poate folosi mâinile:

- Pacientul este așezat confortabil în pat în șezut sau în poziție semișezândă (în funcție de situație) cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor;
- Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfectant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat;
- Se asigură protejarea îmbrăcăminteii pacientului cu un prosop curat așezat la gât;
- Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa;

- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge, curăță măsuța noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială;
 - La nevoie/ cerere se asigură igienizarea mâinilor pacientului.
3. Pacient imobilizat la pat în decubit lateral dar care își poate folosi mâinile:
- Pacientul este așezat cât mai confortabil în pat în decubit lateral stâng, cu capul sprijinit pe pernă;
 - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfectant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat;
 - Se protejează lenjeria de pat cu o aleză;
 - Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat;
 - Infirmiera rabatează măsuța noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa;
 - Alimentele lichide se servesc din bol cu ajutorul paielor;
 - Alimentele solide vor fi tăiate în bucățele mici;
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge, curăță măsuța noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială;
 - La nevoie se asigură igienizarea mâinilor pacientului.
- ii. Alimentarea pasivă în salon, la pat a pacientului conștient, imobilizat la pat și cu impotența funcțională parțială sau totală a membrilor superioare (paralizați, epuizați, adinamici, în stare gravă, cei cu ușoare tulburări de deglutiție) presupune:
- Pacientul este așezat confortabil în pat în poziție semișezândă cu ajutorul manevrării somierei și/ sau a pernelor sau în decubit dorsal, cu capul ușor ridicat și aplecat înainte cu ajutorul unei perne, pentru a ușura deglutiția;
 - Se protejează lenjeria de pat cu o aleză;
 - Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat așezat în jurul gâtului;
 - Infirmiera rabatează măsuța noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă și așează mâncarea astfel încât acesta să vadă ce i se introduce în gură și servește pacientul;
 - Se verifică temperatura mâncării;
 - Pacientului i se introduc alimentele în gură, el asigurând masticția și deglutiția;
 - Alimentele lichide se servesc cu lingura/ lingurița sau cu ajutorul paiului. Se supraveghează debitul de lichid pentru a evita încărcarea peste puterile de deglutiție ale pacientului;
 - Alimentele solide vor fi tăiate în bucăți mici sau vor fi pasate cu furculița pentru a ușura masticția și deglutiția. Se servesc cu lingura/ lingurița în cantități mici;
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera îl sterge la gură, strânge, curăță măsuța noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială;

- Infirmiera verifică și îndepărtează eventualele resturi alimentare care, ajunse sub bolnav pot conduce la formarea escarelor. La nevoie schimbă lenjeria pacientului și/ sau a patului.

Art.231. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- recipiente mari, cărucior transport alimente, ambalaje (caserole)de unica folosință pentru hrana portionată
- echipamente de protecție (halat si bonetă)
- sondă nazogastrica sau intestinală
- alimente paste
- materiale pentru protecția stomei,
- materiale pentru protecția pacientului patului
- instrumentar si materiale sterile
- recipiente pentru deseuri menajere, saci negrii
- totalitatea contractelor de prestări servicii cu operatori economici autorizați în furnizarea hranei si în transportul/eliminarea tuturor categoriilor de deșeuri menționate în prezenta reglementare.

Art.232. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

a) Numărul de toxiinfecții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

b) Numărul de reclamații ale pacienților care au ca subiect distribuția hranei servite pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

c) Gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare compartiment în parte referitor la distribuția hranei servite este consemnat în fiecare dintre analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

- calitatea hranei livrate
- număr reclamatii privind hrana servită
- feed-back pacienților

VIII. 36. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale

Art.234. – Reglementarea procesului de comunicare în situații deosebite/ exceptionale are ca principale scopuri:

a) Stabilește modalitatea de comunicare specifică între profesioniști în cadrul spitalului în cazul producerii unor situații de urgență: dezastre, calamități, accidente, sabotaj ori alte situații deosebite/ exceptionale.

b) Asigură crearea unor deprinderi corecte de prevenire și reacție la hazarduri.

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.235. (1) Situațiile deosebite/ exceptionale sunt situații de urgență, incluzând aici și protecția civilă și apărarea împotriva incendiilor. Situațiile de urgență reprezintă evenimente

produse pe neașteptate care prin posibilele consecințe pot afecta viața, valorile, bunurile materiale și valorile sociale, iar pentru contracararea acestora este nevoie de luarea de măsuri urgente și angajarea resurselor materiale și umane avute la dispoziție.

(2) O comunicare adecvată este vitală pentru creșterea capacității de răspuns a spitalului la aceste situații, aceasta contribuind la realizarea următoarelor obiective:

a) planificarea și implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situațiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea și eficientizarea comunicării atât între structurile Spitalului Salvosan Ciobanca I, dar și cu mass-media și populația afectată;

b) stabilirea unor reguli cu scopul de a eficientiza comunicarea și de a preveni difuzarea unor informații contradictorii;

c) comunicarea eficientă în timpul și după producerea situației de urgență;

d) furnizarea cadrului normativ pentru dezvoltarea asigurarea resurselor necesare comunicării eficiente în timpul unei situații de urgență;

e) dezvoltarea capacității instituționale de a planifica și de a gestiona comunicarea privind hazardele și situațiile de risc, prin integrarea comunicării la toate nivelurile și prin stabilirea/ delimitarea responsabilităților;

f) stabilirea mijloacelor de comunicare utilizate în situații de urgență;

g) transmiterea în timp util a informațiilor necesare luării celor mai adecvate măsuri de protecție;

h) asigurarea spitalului de mesaj la toate nivelurile implicate în managementul situației de urgență respective;

i) creșterea capacității de acțiune a personalului propriu și a populației prin informare, în scopul prevenirii producerii situațiilor de urgență, dar și în scopul autoapărării;

j) creșterea nivelului de înțelegere privind riscurile majore, precum cutremure, inundații, alunecări de teren, și a capacității individuale de reacție în situații de urgență pentru personalul spitalului;

k) dezvoltarea unei colaborări reale cu societatea civilă și implicarea acesteia în mod planificat în programele de informare și voluntariat.

(2) Situațiile de urgență care necesită o comunicare specială se referă la:

a) Hazardurile (astfel cum sunt acestea definite potrivit prevederilor *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*) produse în zona de acoperire a acestuia categorisite astfel:

○ Hazardurile naturale determinate de:

- interacțiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali și antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcții, șosele, căi ferate;

- modificările climatice legate de tendințele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea și frecvența hazardurilor, dar și la apariția unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deșertificarea;

- epidemii/ epizotii/ zoonoze, dar și cu amenințări de pandemii (exemplele elocvente sunt neuroinfecția West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariția infecției gripale cu un nou serotip gripal sau amenințarea epidemiei de gripă aviară H5N1).

○ Hazardurile hidrologice:

- viituri și inundații;

- alunecări de teren determinate de viituri și inundații;

○ Hazardurile seismice;

○ Hazardurile tehnologice produse de:

- erorile de proiectare a instalațiilor industriale, de gradul ridicat de uzură al acestora și/ sau de managementul defectuos practicat de proprietarii acestora;
 - transportul substanțelor periculoase;
 - ruperi de baraje sau explozii ale unor instalații cauzate de factori naturali.
- o Evenimentele sau accidentele în care apar scurgeri de substanțe radioactive;
 - o Evenimentele sau accidentele din industria chimică;
 - o Evenimentele sau accidentele determinate de gradul ridicat de uzură sau proiectarea necorespunzătoare a instalațiilor din industria energetică și din rețeaua de distribuție și transport al hidrocarburilor;
 - o Evenimentele sau accidentele din industria minieră cauzate de prăbușiri ale galeriilor de mină, alunecări și lichiefieri ale haldelor de steril insuficient consolidate și ruperi ale iazurilor de decantare;
 - o Evenimentele sau accidentele la construcțiile hidrotehnice cauzate de cedarea parțială sau distrugerea digurilor și a barajelor, care pot fi produse de viituri puternice și sunt urmate de inundații cu efecte devastatoare;
 - o Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.
- b) Căderi de obiecte cosmice;
 - c) Eșecul utilităților publice;
 - d) **Situații medicale deosebite care necesită comunicare specifică**, pot fi de următoarea natură:
 - o Cazuri medicale ce implică patologii rare;
 - o Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizante;
 - o Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate din anumite motive (de exemplu: supraaglomerări ale unităților sanitare din zona de acoperire a spitalului);
 - o Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
 - o Morți subite;
 - o Epidemii/ pandemii.
 - e) Atacuri teroriste;
 - f) Exerciții în caz de alarmare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/ parțială, demobilizare, război.

Art.236. – Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/ excepționale sunt următoarele:

a) Orice persoană din cadrul spitalului care ia cunoștință despre o situație deosebită/ de urgență comunică de îndată această situație către șeful ierarhic superior în timpul programului de lucru și medicul de gardă în afară programului de lucru, în zilele libere și sărbătorile legale, personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;

b) Șeful ierarhic superior/ medicul de gardă ia cunoștință despre situația deosebită/ de urgență, prin primirea informației din partea personalului angajat din cadrul spitalului sau prin mijloacele de mass-media și, funcție de context, verifică veridicitatea informației și încearcă ca în cel mai scurt timp posibil să adune cât mai multe informații despre evenimentul semnalat, luând ulterior următoarele măsuri:

- o raportează managerului/ înlocuitorului legal al managerului rezultatele primei evaluări. Dacă situația o impune, folosește mijloace de legătură alternative;

- la dispoziția managerului, funcție de evenimentul semnalat, pune în aplicare planul de înștiințare și aducere la spital a detașamentului de intervenție – în afara orelor de program;
 - anunță personalul din compartimentul administrativ să se prezinte în spital în vederea stabilirii stării tehnice a instalațiilor din unitate;
 - dacă situația depășește competențele echipelor de intervenție chemate în afara orelor de program, informează și solicită intervenția altor unități din zonă, a detașamentului de pompieri ISU și la nevoie a serviciului de ambulanță.
 - la sosirea managerului, informează despre situația și măsurile luate, rezultatele evaluării preliminare și despre sosirea personalului de intervenție în afara orelor de program;
 - funcție de situația concretă, pune în aplicare planurile de intervenție existente, solicitând prezența de urgență în cadrul spitalului a personalului nominalizat în acestea. Convocarea întregului personal al spitalului se realizează prin lanțul de anunțare întocmit din timp și care este adus la cunoștința întregului personal.
- c) Anual, se nominalizează un responsabil de comunicarea cu mass-media în situații de criză și un responsabil cu informarea și relațiile publice.
- d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este principala persoană de contact pentru mass-media și, în același timp, "vocea" Spitalului pentru situații de urgență în cadrul conferințelor de presă și în interviurile media.
- e) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză se va asigura ca următoarele reguli vor fi respectate:
- toți comunicatorii primesc același mesaj în timp util;
 - informația este distribuită la nivelul tuturor instituțiilor implicate;
 - purtătorii de cuvânt din fiecare instituție implicată vor furniza mass-mediei doar informațiile aflate în domeniul lor de competență.
- f) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este subordonat managerului Spitalului. Acesta face parte din echipa de comunicare, fiind direct responsabil de conținutul și calitatea informațiilor făcute publice.
- g) În mod obligatoriu, în situații deosebite/ excepționale, după adunarea și verificarea informațiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:
- informația trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile și întreg personalul;
 - conferințele de presă se vor organiza cât mai curând posibil, dar numai după verificarea informațiilor, precum și în cazul în care apar informații noi;
 - comunicatele de presă trebuie să reprezinte instrumentul principal de informare atât pentru presă, cât și pentru instituții;
 - solicitările mass-media care nu fac obiectul domeniului de responsabilitate al Spitalului trebuie transferate purtătorului de cuvânt al ministerului sau instituției abilitate să răspundă în acea problemă;
- h) Strategia de comunicare cea mai adecvată în situații deosebite/ excepționale trebuie să fie una proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecărei categorii de public și diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculațiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariției unor incidente neprevăzute, strategia adoptată este aceea a informării categoriilor de public-țintă în timp real doar de către persoanele abilitate, cu respectarea regulilor menționate mai sus.

i) În organizarea conferințelor de presă și colaborarea cu mass-media (inclusiv pentru comunicarea post-dezastru) se vor respecta/ adapta, după caz, regulile instituite prin *Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 632/2008 privind implementarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență* și a „*Ghidului și principalele activități de comunicare în timpul situațiilor de urgență*” instituit de *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*.

j) Pentru fiecare dintre hazardurile menționate la art. 240 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajați ai spitalului cât și către mass-media, vor conține, după caz, informații privind aspectele-cheie prevăute la pct. IV.D din *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*.

k) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de manager la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/ excepționale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/ excepționale prevăzute de prezenta reglementare, directorul medical convoacă în regim de urgență Consiliul medical care propune luarea de măsuri funcție de situația concretă.

l) De asemenea, Consiliul medical se întrunește în regim de urgență în vederea analizei și luării de decizii pentru fiecare dintre situațiile medicale deosebite care necesită comunicare specifică menționate la art. 240 alin. (3) lit. d) ”*Comunicarea în situații deosebite/ excepționale*” din prezentul Regulament. În conformitate cu prevederile legale în vigoare, Comitetul director – cu sprijinul structurii din cadrul Spitalului care gestionează activitățile de pregătire pentru mobilizare, elaborează și actualizează în permanență planul de acțiune pentru situațiile speciale și de asistență medicală în caz de război, dezastru, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză.

Art.237.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: situații deosebite/ excepționale, comunicari cu mass-media, conferințe de presă, legislație aferentă, analize și decizii.

Art.238. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/ excepționale sunt următorii:

a) Nicio persoană nu este afectată, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul eventualelor situații de urgență produse în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Valoarea pierderilor materiale (exprimate în lei), datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență, are valoare nulă.

c) Se asigură încadrarea 100% a eventualelor posturi existente și/ sau nominalizate prin decizie cu personalul necesar să asigure atribuții suplimentare de comunicare și informare publică în cadrul spitalului și abilitate în managementul și gestionarea situațiilor de urgență ;

d) Raportul dintre numărul de exerciții în domeniu, desfășurate de către spital în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat și numărul de astfel de exerciții planificate, are valoare egală cu 1;

e) Raportul dintre numărul de planuri/ proceduri proprii de comunicare care privesc managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat și numărul acestor tipuri de planuri/ proceduri revizuite, este egal cu 1 în măsura în care în analizele efectuate la acestea se propune efectuarea reviziei.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: comunicării ineficiente în situații de urgență, pierderi materiale, exerciții în domeniu, numărul posturilor /deciziilor existente cu atribuții în comunicare, planuri/ proceduri de comunicare.

VIII. 37. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor

Art.239. – (1) Reglementarea procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor are ca principale scopuri:

- a) Se stabilesc regulile prin care se asigură îndeplinirea procedurilor necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor pacienților;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.240. – Etapele procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului, comunicarea între medicul de familie și medicul specialist intervine în cazul în care afecțiunea pacientului are la bază funcțiile diferite ale celor două categorii de profesioniști. Exercitându-și rolul de filtru, în scopul asigurării asistenței medicale curente, medicul de familie abordează afecțiunile frecvente, cu criterii clare de diagnostic și tratament, prin urmare, el trebuie să pună diagnosticul (adică să identifice afecțiunea ca entitate, pe de o parte, și să stabilească apartenența sa la asistența medicală curentă, pe de altă parte) și, să inițieze și să monitorizeze tratamentul; pentru această situație, nu este necesară comunicarea cu medicul specialist (ci doar comunicarea cu laboratorul de analize medicale sau cu farmacia, după caz). Solicitarea serviciilor medicului specialist apare în cazul în care pacientul se prezintă la medicul de familie cu o afecțiune care nu îndeplinește (unul sau mai multe dintre) criteriile enumerate anterior (afecțiune rară sau caz atipic al unei afecțiuni frecvente).

b) În cazul în care sunt necesare serviciile unui medic specialist, medicul de familie inițiază comunicarea cu acesta în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului. Ca urmare, medicul de familie va completa un **bilet de trimitere** ce va cuprinde în mod esențial diagnosticul prezumtiv, și va primi, ulterior lista investigațiilor efectuate de către medicul specialist, scrisoarea medicală.

c) La externare, pacienții primesc de la medicul specialist (curant):

- scrisoare medicală ce poate fi înlocuită de un bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală;
- la externare, pacienții primesc în mod obligatoriu prescripții medicale, în funcție de tratamentul indicat, și – după caz - certificat de concediu medical pe perioada internării și în continuare. Potrivit legislației incidente în vigoare ***dacă actul medical nu este finalizat și printr-o prescriere, la externare, pentru fiecare caz identificat în timpul unui control ulterior, se aplică o penalizare directă medicului curant de 200 lei;***
- decontul pe pacient, document care conține informații privind cheltuielile ocazionate de asistența medicală acordată pacientului.

d) **Scrisoarea medicală**, care reprezintă răspunsul medicului specialist în urma consultului, trebuie să lămurească întocmai elementele necunoscute medicului de familie și care au determinat inițierea consultului, după structura menționată anterior, respectiv formularea diagnosticului și elementele de susținere a acestuia, indicațiile pentru tratamentul imediat și pe termen lung. Toate aceste elemente fac obiectul documentului medical adresat medicului de familie, sub forma scrisorii medicale. Evident, pacientul primește recomandările pentru tratamentul inițial sub forma rețetei (simple, compensate sau gratuite, după cum medicamentele prescrise sunt sau nu decontate de sistemul de asigurări de sănătate). Pentru conformitate, scrisoarea medicală trebuie să cuprindă, de asemenea:

- datele de identificare a pacientului (nume, prenume, vârstă, sex, adresa, cod numeric personal);
- date privind cadrul consultației (unitatea medicală, ziua, numărul de registru);
- date privind identitatea medicului consultant (nume, prenume, specialitatea, gradul profesional, codul de parafa).

e) Prescripțiile medicale:

- pentru pacienții cu boli cronice stabilizate, pentru care a fost realizată deja o schemă terapeutică, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile (perioada este stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției, aceasta fiind menționată sub rubrica aferentă CNP-ului/ codului unic de asigurare; acești asigurați nu mai pot beneficia de o altă rețetă medicală pentru boala cronică, eliberată în aceeași perioadă);
- prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/ spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30-31 de zile.

f) În mod obligatoriu, pacientul/ aparținătorul acestuia va confirma la externare, prin semnătură în F.O.C.G., primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.

Art.241...Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:formulare/documente medicale (bilet de trimitere, F.O.C.G. , scrisoare medicala retete).

Art.242. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de pacienți externați fără scrisori medicale/ bilete de ieșire din spital și numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului; (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

b) Raportul dintre numărul de pacienți externați fără prescripție medicală și numărul total de pacienți externați în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului; (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

c) Raportul dintre numărul medicilor sancționați pentru lipsa unei prescripții medicale la externarea pacientului și numărul total de medici încadrați în spital, în ultimul an calendaristic încheiat, nu depășește 5%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: pacienti externati, bilete de iesire, scrisori medicale,prescriptii medicale sanctiuni.

VIII. 38. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

Art.243. – Reglementarea procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor are ca principale scopuri:

Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.244. – Etapele procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor constau în derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Potrivit prevederilor contractului de lucru, șeful fiecărei compartimente medicale *”supervizează conduita terapeutică, avizează tratamentul, prescrierea investigațiilor paraclinice, a indicațiilor operatorii și programului operator pentru pacienții internați în cadrul secției”*. Acesta analizează medicamentele prescrise sub formă de denumire comercială de către medicul curant, urmărind:

- i. identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
- ii. verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
- iii. evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice.

b) În situația în care consideră că sunt erori de prescriere șeful fiecărui compartiment medical se consultă cu medicul curant și ia decizia finală privind schema de tratament pentru fiecare pacient.

c) Condițiile de prescripții medicale pregătite pentru eliberare, se introduc în sistemul informatic de gestiune al farmaciei de către asistenții medicali/ registratorii medicali, care sunt responsabili de corectitudinea datelor introduse, se tipăresc în 2 (două) exemplare, se parafează de către medicii curanți și/ sau medicii șefi de compartimente și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate.

d) Potrivit prevederilor *O.M.S. 75/2010 pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică*, farmacistul/ farmaciștii din cadrul farmaciei cu care spitalul are contract trebuie să utilizeze toată experiența sa/ lor profesională pentru analiza medicamentelor ce se regăsesc în condițiile de prescripții medicale, urmărind aceleași aspecte terapeutice ca și medicul șef de compartiment, precum și unele aspecte sociale, de reglementare și aspecte economice. Această analiză se face prin utilizarea următoarelor mijloace de informare:

- i. întrebări adresate medicului șef de compartiment în caz de nelămuriri sau ori de câte ori este nevoie de informații suplimentare;
- ii. utilizarea materialelor, manualelor științifice și a reglementărilor în vigoare;
- iii. informații provenind de la centrele de farmacovigilență, autoritățile competente sau de la producătorii de medicamente.

e) După verificarea fiecărei condiții de prescripție medicală, farmacistul/ farmaciștii are/ au obligația de a-și da avizul favorabil înainte de eliberare. În situația constatării unor presupuse erori privind prescrierea medicamentelor, acesta/ aceștia ia/ iau legătura imediat cu medicii prescriptori și, după caz, cu medicii șefi de compartimente, informându-i despre acest lucru. În urma consultării telefonice dintre aceștia, pot apărea următoarele două situații:

- i. medicul curant/ medicul șef de compartiment este de acord cu ce spune farmacistul, iar condițiile de prescripții medicale sunt returnate în compartiment pentru a fi modificate corespunzător și, apoi, sunt retransmise farmaciei;
- ii. medicul curant/ medicul șef de compartiment nu este de acord cu ce spune farmacistul și atunci își asumă responsabilitatea pentru prescripțiile de medicamente pe care le-a parafat, scriind pe condiții sintagma: "sic volo" (așa vreau eu).

f) În mod obligatoriu, farmacistul supervizează activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale special stabilite de Consiliul medical prin proces-verbal de ședință.

g) Utilizarea medicamentelor se face pe calea și orarul prescrise de medicul curant și aprobate de medicul șef de compartiment. Asistenții medicali care administrează respectivele medicamente trebuie să cunoască aspectul medicamentelor, proprietățile lor, dozele terapeutice maximale și toxice, indicațiile de administrare, modul de administrare, incompatibilitățile, modul de păstrare, efectul terapeutic, timpul de acțiune, efectele secundare, fenomenele de obișnuință și acumulare, fenomenele de hipersensibilitate. În administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația de a respecta următoarele reguli:

- i. Respectarea întocmai a medicamentelor prescrise și eliberate. Asistenta confruntă medicamentele prescrise în condicile de medicamente cu cele din F.O.C.G.
- ii. Medicamentele prescrise și eliberate se identifică după etichetă și forma de prezentare.
- iii. Se observă integritatea, culoarea, sedimentarea, precipitarea, tulburarea sau opalescența medicamentelor lichide. Medicamentele alterate nu vor fi administrate bolnavilor.
- iv. Respectarea căilor de administrare se specifică în F.O.C.G. și în registrul de predare a turei. Este necesar să se aibă în vedere că anumite medicamente au căi stricte de administrare, utilizarea pe altă cale putând determina accidente grave: embolie uleioasă, necroza țesuturilor, etc.
- v. Respectarea dozajului prescris: doza unică și doza pe 24h. Dozele notate în F.O.C.G. trebuie să corespundă cu cele din condicile de prescripții medicale. Odată cu identificarea medicamentelor, se verifică și dozele prescrise. Se respectă orarul de administrare pentru a se evita fenomenele cumulative, intoxicațiilor sau ineficienței.
- vi. Respectarea somnului – medicamentele se administrează în afara orelor de somn cu excepția medicamentelor cu orar fix de administrare .
- vii. Se ține cont de incompatibilitatea medicamentelor astfel încât administrarea lor să nu fie ineficientă sau dăunătoare.
- viii. Soluțiile injectabile aspirate din fiole/ flacoane se injectează imediat, deoarece se pot contamina, iar contactul soluțiilor cu aerul poate scădea eficacitatea medicamentelor. Dacă doza indicată pentru administrare este mai mică decât conținutul fiolei/ flaconului, cantitatea rămasă în fiolă/ flacon se aruncă.
- ix. Se respectă ordinea succesivă de administrare a medicamentelor: tablete – soluții – picături – injecții – supozitoare.
- x. Medicamentele se administrează numai de către asistenta medicală, care solicită ajutorul infirmierei de serviciu dacă întâmpină dificultăți în administrarea medicamentelor (pacienți imobilizați, agitați).
- xi. Respectarea măsurilor de asepsie și igienă pentru a preveni infecțiile intraspitalicești, după cum urmează: la administrarea parenterală a medicamentelor se păstrează condițiile de asepsie, la administrarea per os se utilizează pahare și veselă individuală, administrarea supozitoarelor se face cu mănuși de unică folosință. Asistenta medicală se va spăla pe mâini înainte de a efectua orice manevră medicală și după fiecare pacient.
- xii. Administrarea medicamentelor se consemnează în planul de îngrijire a pacientului, în partea numită fișa de administrare a medicamentului, în care se consemnează data, ora și semnătura asistentei medicale.
- xiii. Pentru orice neclaritate care privește administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația să solicite lămuriri, după caz, medicilor curanți, medicilor de gardă, farmaciștilor sau medicilor șefi de compartiment.

- xiv. Modul efectiv de administrare a medicamentelor de către asistenții medicali poate fi monitorizat, după caz, de către asistenții șefi, medicii curanți, și de către medicii șefi de compartimente.

h) La nivelul Spitalului, un colectiv format din, șeful C.P.I.A.A.M. și **medicul responsabil cu antibioticele** elaborează o *"Procedura de bune practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"*. În raport cu conținutul acestuia, anual, de regulă în luna decembrie, șeful farmaciei în colaborare cu medicii șefi de compartiment, prezintă Consiliului medical o *"Analiză periodică a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"*. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art.245. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: condici de prescripții medicale, F.O.C.G., registru de predare a turei, proceduri, analize, rapoarte de analize.

Art.246. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de erori în prescrierea medicamentelor în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

b) Număr de erori în utilizarea medicamentelor în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

c) Număr de reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

d) Raportul dintre numărul de activități de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale în ultimul an calendaristic încheiat și numărul de evenimente adverse cauzate de erori produse în respectiva activitate, are valoare nulă.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale, erori în prescrierea medicamentelor, erori în utilizarea medicamentelor, reclamații ale pacienților, numărul de activități de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale, evenimente adverse cauzate de erori.

VIII. 39. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

Art.247. – Reglementarea procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unor reguli clare de prescriere a medicației în spital care să fie cunoscute la nivel de compartiment și farmacie.

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.248. – Etapele procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În înțelesul pct. 22 al art. 699 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, termenul de „prescripție medicală” presupune „orice prescripție de medicamente emisă de o persoană calificată în acest sens”;

b) În legătură cu exercitarea profesiei și în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările cu caracter medical, avându-se în vedere caracterul umanitar al profesiei de medic, obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană și de loialitate față de pacientul său, precum și dreptul medicului de a prescrie și de a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pacientului.

Prescrierea medicamentelor de către medicul prescriptor se face cu respectarea protocoalelor terapeutice, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, iar pentru medicamentele care nu au protocol terapeutic, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor. Protocoalele terapeutice constituie baza de prescriere și monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraților pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Respectarea schemelor terapeutice stabilite conform protocoalelor terapeutice prevăzute în *OMS 564 din 04.05.2001 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin H.G. nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare*, este obligatorie pentru medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

c) Inițierea și continuarea tratamentului specific unei afecțiuni de către medicii prescriptori aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se realizează în limita competențelor profesionale ale fiecărui medic prescriptor cu respectarea prevederilor fiecărui protocol terapeutic. Nerespectarea protocoalelor terapeutice de către medicii prescriptori se sancționează în conformitate cu hotărârile Guvernului de aprobare a Contractului-cadru și a programelor naționale de sănătate, iar contravaloarea medicamentelor astfel prescrise nu se recuperează, dacă asiguratul îndeplinește condițiile de eligibilitate prevăzute în protocoalele terapeutice aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, de a beneficia de astfel de medicamente la data emiterii prescripției.

d) Medicamentele se eliberează de către medicii prescriptori cu prescripție medicală, în limitele competențelor profesionale, dacă:

- i. prezintă un pericol direct ori indirect, chiar în cazul utilizării corecte, dacă sunt folosite fără supraveghere medicală; sau
- ii. sunt utilizate frecvent și în mare măsură incorect și ca atare pot prezenta un pericol direct ori indirect pentru sănătatea umană; sau
- iii. conțin substanțe ori preparate ale acestora ale căror activitate și/sau reacții adverse necesită investigații aprofundate; sau
- iv. sunt prescrise în mod normal de medic pentru a fi administrate parenteral.

e) În cadrul Spitalului, prescrierea medicamentelor se realizează de către medicii prescriptori în limitele competențelor profesionale determinate de:

- i. Specialitatea medicală/ specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- ii. Gradul profesional/ gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/ sunt confirmat/ i prin ordin al ministrului sănătății;
- iii. Confirmarea în grade universitare/didactice/ de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
- iv. Confirmarea în titluri de ”Doctor în medicină”;
- v. Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/ competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare.

f) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I, prescrierea medicamentelor de către medicii curanți prescriptori se realizează în limitele competențelor stabilite la lit. f), în raport cu diagnosticul/simptomatologia pentru care a fost internat/ tratat pacientul.

g) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/ comorbidități altele decât diagnosticul/ simptomatologia pentru care a fost internat/ tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică reglementarea ”*Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric*” din prezentul Regulament, context în care prescrierea unor medicamente specifice tratamentului respectivelor diagnostice secundare/ comorbidități, revine în sarcina exclusivă a medicilor care realizează consulturile interdisciplinare.

h) Schema de tratament finală se stabilește de către medicul curant care solicită atunci când consideră necesar sprijinul medicilor care au realizat consulturile interdisciplinare, precum și a farmacistului, astfel încât să se elimine riscul unor interacțiuni medicamentoase care pot da reacții adverse și/ sau ar putea pune în pericol sănătatea/ viața pacientului. În mod obligatoriu la stabilirea schemei de tratament finală, medicul curant prescriptor va ține seama inclusiv de o eventuală schemă de tratament preexistentă, pe care pacientul o urmează la momentul inițial al internării.

i) Medicii șefi de compartiment au obligația de a verifica zilnic prescrierea tratamentului medicamentos pacienților internați în compartiment, și să ia măsuri adecvate, după caz, pentru fiecare situație care comportă depășirea competențelor profesionale.

j) Potrivit prevederilor regulilor de bună practică farmaceutică, farmacistul trebuie să încurajeze o prescriere rațională și să promoveze utilizarea corespunzătoare a medicamentelor, inclusiv în scopul evitării automedicației de către pacienți. Potrivit aceluiași reguli farmacistul trebuie să utilizeze toată experiența sa profesională pentru evaluarea prescripției medicale în ceea ce privește:

- i. toate aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
- ii. adaptarea sa la persoana în cauză;
- iii. contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute;
- iv. unele aspecte sociale, de reglementare și, de asemenea, unele aspecte economice.

k) Situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital sunt analizate la nivelul Consiliului medical în baza informărilor realizate de către șefii de compartimente medicale ori farmacistul cu care spitalul are încheiat contract atunci când se constată astfel de situații.

Art.249. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: prescripții și recomandări cu caracter medical, protocoale terapeutice, Contractul-cadru, legislație aferentă.

Art.250. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților sunt următorii:

a) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către șefii fiecărei compartimente medicale din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital este în raport direct cu numărul total de pacienți în situația cărora a fost depășită această competență, în ultimul an calendaristic încheiat;

b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul /farmaciștii cu care spitalul are încheiat contract din cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital este în raport direct cu numărul total de

pacienți în situația cărora a fost depășită această competență, în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: informări ale Consiliului medical, pacienți la care a fost depășită competență.

VIII. 40. Modul de respectare a intimității pacientului

Art.251. – Reglementarea procesului de respectare a intimității pacientului are ca principale scopuri:

a) Asigură respectarea prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile la intimitate a pacientului (pe tot timpul perioadei de spitalizare și a îngrijirilor acordate);

b) Dispune în sarcina personalului Spitalului obligația privind dreptul pacienților la respect ca persoane umane, fără nici o discriminare;

c) Asigură păstrarea confidențialității tuturor informațiilor privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale chiar și după decesul acestuia;

Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.252. – (1) În cadrul Spitalului, pe parcursul perioadei de spitalizare, respectarea intimității pacientului presupune derularea de către întregul personal implicat în îngrijirea pacienților a următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Izolarea vizuală a pacientului prin utilizarea în mod uzual de paravane mobile/perdele în spații de consult, de tratament, saloane etc.;

b) Utilizarea de saloane cu un număr cât mai redus de paturi în care se asigură internarea separată a pacienților funcție de sexul acestora;

c) Utilizarea de cabine WC pentru persoane cu handicap în măsura existenței acestora pe fiecare compartiment;

(2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat în *”Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate”* din prezentul Regulament.

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează conform *„Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia”* din prezentul Regulament.

(4) Pentru asigurarea intimității pacienților implicați în procesul de învățământ medical, personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului aplică în mod obligatoriu reglementarea *”Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale”* din prezentul Regulament.

(5) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia. Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

(6) Personalului medico-sanitar implicat în activitatea de asistență medicală îi este interzis orice amestec în viața privată, familială a pacientului, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

Art.253. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: Regulament intern, reglementari, rezultate ale investigațiilor.

Art.254. – Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de cabine WC pentru persoane cu handicap și numărul de compartimente medicale, are valoare egală sau mai mare decât 1;

b) Raportul dintre numărul de saloane cu 1–2 paturi și număr saloane cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu pe fiecare compartiment și numărul total de saloane pe fiecare compartiment, are valoare de minm 70%;

c) Gradul de asigurare cu paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale ale spitalului raportat la numărul de situații care au impus în ultimul an calendaristic încheiat utilizarea acestor paravane, are valoare admisă egală cu 100%;

d) Numărul de reclamații ale pacienților/ vizitatorilor/ aparținătorilor referitoare la respectarea intimității pacientului, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

cabine WC pentru persoane cu handicap, numărul de saloane cu 1–2 paturi și număr saloane cu 3-6 paturi, paravane mobile existente, reclamații ale pacienților/ vizitatorilor/ aparținătorilor.

VIII. 41. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate

Art.255. – Reglementarea procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate are ca principale scopuri:

a) Asigurarea dreptului garantat la asistența medicală a persoanelor private de libertate (aflate în perioada de detenție sau arest preventiv);

b) Descrierea modalității în care personalul medical din cadrul Spitalului furnizează asistență medicală pacienților privați de libertate;

c) Asigurarea de către spital a condițiilor de securitate a personalului medical și a celorlalți pacienți ai spitalului, în timpul acordării asistenței medicale pacienților privați de libertate.

Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.256. – (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor private de libertate este garantat. Persoanele private de libertate beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, din fondurile unităților din sistemul administrației penitenciare, aprobate cu această destinație, și din alte surse, potrivit legii. De asigurarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate sunt responsabile administrația penitenciară și structurile sanitare publice, în baza relațiilor contractuale pe care le au cu o casele de asigurări de sănătate.

(2) Persoanele private de libertate, care se adresează Spitalului în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

(3) Pacienții privați de libertate beneficiază de asistență medicală în cadrul compartimentelor medicale.

Art.257. – În cursul spitalizării se acordă servicii medicale preventive, curative sau paliative. Etapele procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prezentarea pacienților privați de libertate: Aceștia vor fi aduși la consultații de specialitate la indicațiile și cu mijloacele de transport stabilite de către medicul instituției care deține custodia acestora. Acești pacienți vor fi însoțiți de către personal de pază aparținând instituției care trimite pacientul. Personalul care însoțește pacientul poartă întreaga responsabilitate privind securitatea pacienților, având obligația de a asigura în același timp protecția personalului medico-sanitar și auxiliar sanitar din cadrul Spitalului (care intră în contact cu respectivul pacient), precum și de a sprijini comunicarea acestuia cu pacientul. Pacienții vor fi prezentați împreună cu documentația medicală necesară consultului medical și eventual a internării acestora (bilet de trimitere, documente medicale care fac dovada istoricului bolii etc.). **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul persoanei private de libertate.**

b) Internarea pacienților:

- i. Pacienții privați de libertate vor fi internați în Spital atunci când starea lor de sănătate necesită tratament medical. Pacienții cu afecțiuni cronice/ subacute a căror internare poate fi temporizată fără a pune în pericol viața sau sănătatea pacientului, vor fi redirecționați către unitățile sanitare din rețeaua sistemului penitenciar.
- ii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă a persoanelor private de libertate se acordă în baza biletului de internare, la recomandarea medicului specialist, prin decizie a organului judiciar. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:
 - bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare;
 - afecțiuni pentru care diagnosticul și/ sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.
- iii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi se acordă de către medicul curant, în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:
 - diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu;
 - afecțiunile care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi: cele prevăzute în normele de aplicare a contractului cadru aprobate pentru anul în curs;
- iv. În cazul internării pacienților privați de libertate în Spitalul Salvosan Ciobanca I, se vor asigura următoarele condiții, ținând cont de reglementările privind paza acestor pacienți, care prevăd că în afara sistemului penitenciar deținutul trebuie să fie imobilizat în cătușe și supravegheat de cel puțin un gardian:
 - În măsura posibilităților acești pacienți vor fi internați singuri într-o rezervă separată, sub supravegherea permanentă a personalului spitalului care deține custodia acestor pacienți. Personalului de pază i se va permite accesul în imediata vecinătate a pacientului, în funcție de procedurile medicale desfășurate.

- Dacă nu se pot asigura condițiile de mai sus, pacienții vor fi internați, sub supravegherea permanentă a personalului spitalului care deține custodia acestor pacienți, într-un salon cu cât mai puțini pacienți posibil.
- v. Persoanele private de libertate pot solicita contra cost orice alt serviciu care nu este asigurat gratuit. Persoanele private de libertate cu vârsta de peste 18 ani au dreptul să refuze o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia lor; consecințele refuzului sau ale întreruperii actelor medicale sunt explicate pacientului. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență consimântul acestuia nu mai este necesar.
- vi. Nicio persoană privată de libertate nu poate fi supusă, nici chiar cu consimțământul său, vreunui experiment științific sau medical. Pe parcursul executării pedepsei privative de libertate, persoanele private de libertate nu pot fi donatoare de sânge sau de organe decât pentru membrii de familie până la gradul al IV-lea.
- vii. În cazul în care la examenul medical se constată că persoana privată de libertate prezintă semne de violență sau declară că a fost supusă la rele tratamente, medicul are obligația de a consemna în fișa medicală cele constatate și de a anunța conducerea spitalului, care sesizează de îndată procurorul.
- viii. În cazul decesului unei persoane private de libertate, personalul medico-sanitar informează directorul penitenciarului și Direcția medicală din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor în ceea ce privește împrejurările producerii acestuia, cu respectarea reglementărilor incidente aplicabile în Spital. Autopsia medico-legală este obligatorie și se efectuează de către medicul legist al institutiei cu care spitalul are contract de colaborare, care întocmește și certificatul constatator al morții. În termen de 24 de ore se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor un referat medical privind modul în care s-a produs decesul și îngrijirile medicale acordate anterior decesului. În termen de 10 zile de la deces se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor dosarul de deces, care cuprinde următoarele documente:
 - Copia fișei medicale emisă de către autoritatea/ instituția care exercită custodia asupra persoanei private de libertate;
 - Copia foii de observație clinică, emisă de către Spital;
 - Copia certificatului constatator al morții, emisă de către Spital.
- c) Externarea pacienților:
 - i. După rezolvarea situațiilor de urgență și stabilizarea pacienților privați de libertate, externarea acestora se poate realiza fie către instituția care deține custodia lor, fie către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății) în funcție de nivelul sau tipul îngrijirilor medicale necesare în continuare. În situațiile în care recuperarea completă necesită internare de lungă durată, medicul curant – sprijinit de către conducerea Spitalului - va contacta instituțiile abilitate și va demara procedurile pentru transferul pacientului către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății).
 - ii. Externarea/transferul pacientului privat de libertate se va realiza după înștiințarea în prealabil a unității care deține custodia acestuia, cu minim 24 ore înainte de efectuarea propriu-zisă a externării, responsabil.
- d) La externare pacienții vor fi însoțiți de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igienico-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare.

Art.258.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documentația medicală (bilet de trimitere, documente medicale care fac dovada istoricului bolii etc.), prevederile Contractului-cadru, fișa medicală, certificat constatatoral decesului, contracte de colaborare.

Art.259. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate sunt următorii:

a) Numărul de pacienți privați de libertate pentru care s-au transmis solicitări de programare asistență medicală în cadrul Spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat este direct proporțional cu numărul solicitărilor onorate de programare pentru această categorie de pacienți.

b) Există o evidență la zi a pacienților privați de libertate internați din totalul pacienților internați în spital, în ultimul an calendaristic încheiat.

c) Numărul de incidente cauzate de pacienții privați de libertate din totalul incidentelor produse la nivelul Spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților privați de libertate pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

d) Numărul de reclamații cauzate de neasigurarea de către personalul medico-sanitar al Spitalului a drepturilor de asistență medicală pentru pacienții privați de libertate, în ultimul an calendaristic încheiat, indiferent de numărul de astfel de pacienți pentru care s-a solicitat asistență medicală, are valoare egală cu 0 (zero).

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul pacienților privați de libertate, numărul solicitărilor onorate de programare, incidente cauzate de pacienții privați de libertate, numărul reclamațiilor.

VIII. 42. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale

Art.260. – Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale are ca principale scopuri:

a) Descrie modalitatea implicării personalului spitalului în rezolvarea cazurilor sociale care pot afecta procesul de îngrijire;

b) Asigurarea furnizării de asistență medicală pacienților cu probleme sociale;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.261. – (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor cu probleme sociale este garantat. Persoanele cu probleme sociale beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și din alte surse, potrivit legii.

(2) Persoanele cu probleme sociale, care se adresează Spitalului în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

Art.262. – În cursul spitalizării pacienților cu probleme sociale se acordă, după caz, servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Asigurarea asistenței medicale pentru cazurile cu probleme sociale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În momentul prezentării la Spitalul Salvosan Ciobanca I a unui pacient cu probleme sociale - care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, persoana care întocmește foaia de

observație anunță medicul care, la rândul său, anunță pe psihologul/ asistentul social din spital despre prezența unei astfel de persoane.

b) Psihologul/ asistentul social anunțat întocmește o fișă a pacientului cu probleme sociale, în care înscrie date referitoare la nume, prenume, documentele pe care le are asupra sa, date despre familie, rude, prieteni sau orice altă persoană de contact cu care se poate lua legătura.

c) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul împreună cu psihologul/ asistentul social solicită ajutorul Autorităților competente în vederea identificării respectivului pacient.

d) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul împreună cu psihologul/ asistentul social încearcă contactarea unui membru al familiei sau a unei rude apropiate a respectivului pacient, verificându-se cu această ocazie dacă acesta are calitatea de asigurat al F.N.U.A.S.S.

e) În cazul în care nici un aparținător nu poate fi localizat, se înștiințează inițial telefonic, apoi printr-un raport scris, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (lista contactelor poate fi vizualizată la adresa web: <http://www.dgaspctm.ro/public/pages/program-de-lucru-si-audiente>), aceasta având obligația instituită de prevederile normative în vigoare de a asigura măsurile necesare pentru protecția în regim de urgență a persoanei adulte aflate în nevoie, inclusiv prin organizarea și asigurarea funcționării în structura proprie a unor centre specializate.

f) În paralel cu activitățile de identificare a pacientului cu probleme sociale, a rudelor/ aparținătorilor acestuia și de contactare a autorităților cu responsabilități în acest sens, personalul medico-sanitar din cadrul spitalului asigură serviciile de asistență medicală de specialitate necesare respectivului pacient, în funcție de necesitățile impuse de starea de sănătate a acestuia. Concomitent cu furnizarea tratamentului medical se asigură servicii psihologice de suport, până la preluarea pacientului de către persoana desemnată din cadrul serviciului de asistență socială. **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul pacientului cu probleme sociale.**

g) În situația în care la data prezentării în spital a unui pacient cu probleme sociale Spitalul are încheiat și este în vigoare un parteneriat/ protocol de colaborare cu servicii de asistență socială în vederea asigurării continuității îngrijirilor pentru persoane cu probleme sociale, medicul curant împreună cu psihologul/asistentul social, aplică prevederile respectivului parteneriat/ protocol de colaborare.

h) La externare pacienții cu probleme sociale vor fi însoțiți de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igienico-dietetic după externare.

Art.263.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: foaie de observație, fișa pacientului cu probleme sociale, raport, protocol de colaborare, documentele medicale (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale).

Art.264. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de rezolvare a cazurilor sociale:

a) Există o evidență la zi a persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului din numărul total al pacienților, în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Există o evidență la zi a persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului preluate de serviciul de asistență socială, în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul total al pacienților, evidență la zi a persoanelor cu probleme sociale.

VIII. 43. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, precum și a pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale

Art.265. – Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice are ca principale scopuri:

- a) Stabilește traseul pacientului¹² în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia;
- b) Stabilește responsabilități în ceea ce privește conduita de urmat în cazul pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale;
- c) Dispune în sarcina personalului spitalului responsabilități privind asigurarea continuității asistenței psihologice după externare;
- d) Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;
- e) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.266. – Modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Imediat după internarea pacienților, medicii curanți efectuează anamneza fiecăruia dintre aceștia, având obligația de a observa și consemna în F.O.C.G. particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice decelate ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale.

b) În realizarea planului de management pentru fiecare dintre pacienții tratați, medicii curanți trebuie să țină seama că traseul pacienților cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice este necesar să fie stabilit ținând seama de acestea. Particularitățile psihocomportamentale care pot fi considerate de interes la pacienții internați sunt acele modificări comportamentale, cognitive și afective, preexistente sau apărute pe parcursul internării, care interferează cu actul medical generând efecte negative asupra sănătății pacientului, sau/ și a personalului de îngrijire cum ar fi:

- i. refuzul de a efectua anumite proceduri medicale indicate de medic;
- ii. dificultăți de înțelegere a recomandărilor medicale;
- iii. noncompliance la tratament;
- iv. autoagresiune;
- v. ideate suicidară;
- vi. heteroagresivitate etc.

c) Semnalarea fiecăruia dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice se face de către medicul curant, care va solicita în scris, în FOCG/ FSZ și va anunța verbal psihologul, în cel mai scurt timp (în funcție de gravitatea situației) despre necesitatea unei evaluări psihocomportamentale și socioeconomice.

d) Psihologul programează pacientul pentru ședința de evaluare luând în considerare gravitatea situației. Astfel, în caz de urgență (ideate suicidară și/ sau agresivitate) ședința de evaluare va fi programată astfel încât să se desfășoare în cel mai scurt timp posibil, iar

programarea cazurilor care nu prezintă o urgență se va face în funcție de locurile disponibile în program pentru restul situațiilor.

e) Modalitatea de asigurare a evaluării psihologice de către psiholog presupune parcurgerea următoarelor etape:

- i. Medicul curant comunică pacientului locul, data și ora întâlnirii convenită cu psihologul;
- ii. Evaluarea psihologică are loc în cabinetul de psihologie sau în salonul în care este cazat pacientul dacă acesta este nedeplasabil. Psihologul solicită acordul scris pentru fiecare ședință de evaluare psihologică și pentru ca rezultatele să fie aduse la cunoștința medicului curant, pacientul completând în acest sens un formular de *"Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a pacientului"*, potrivit modelului prevăzut de **Anexa nr. 8 la prezentul Regulament**. Formularul/ formularele de acord semnat/ e de pacient/ tutore/ reprezentant legal al acestuia este/ sunt atașat/e ulterior la FOCG/ FSZ;
- iii. Excepție de la obținerea acordului scris pot fi situațiile în care pacientul prezintă anumite particularități psihocomportamentale care atrag după sine o comunicare dificilă și pun în pericol propria integritate și/ sau a terților. În acest caz se face asistență psihologică fără obținerea acordului scris și/ sau verbal în prezența medicului curant;
- iv. În situația în care starea pacientului depășește competența psihologului se redirectionează cazul spre medicul psihiatru;
- v. Evaluarea/ asistența psihologică a pacientului se realizează de către psiholog asigurându-se dreptul la intimitate, respectarea confidențialității datelor și informațiilor cu caracter personal.

f) În evaluarea/ asistența psihologică realizată psihologul va lua în considerare situația socioeconomică a pacientului (aceasta putând fi un factor agravant/ acutizant a comportamentului psihocomportamental), îndeosebi elemente care privesc:

- i. Mediu de proveniență (urban / rural);
- ii. Comportamente ale populației în raport cu anumiți factori (consum de alcool, tutun, droguri etc, sedentarism s.a.);
- iii. Stare socio-economică (grad de sărăcie, nivel educațional etc);
- iv. Caracteristici de comunitate (traiul pacientului în comunități defavorizate, persoane instituționalizate, apartenența pacientului la anumite comunități religioase).

g) În urma evaluării/ asistenței psihologice realizată psihologul elaborează un răspuns aferent fiecărei ședințe de evaluare psihologică care se înscrie în *"Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică"* (conform modelului prevăzut în **Anexa nr. 9 la prezentul Regulament**) care se atașează la FOCG/ FSZ alături de semnătura și parafa psihologului evaluator.

h) Asistența psihologică în cadrul spitalului se realizează pe 3 (trei) paliere după cum urmează:

- i. Asistență psihologică desfășurată în una sau mai multe ședințe, asigurată tuturor pacienților internați în spital;
- ii. Asistență psihologică asociată cu evaluare și tratament psihiatric oferite de medicul psihiatru din spital;
- iii. Evaluare psihologică inițială cu redirectionarea cazului spre medicul psihiatru încadrat în cadrul spitalului.

i) În mod obligatoriu recomandările înscrise de psiholog în *"Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică"* vor fi avute în vedere de către medicul curant în realizarea planului de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.

j) Funcție de evoluția avută pe timpul internării de către fiecare dintre pacienții cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și de răspunsul acestora la ședințele de evaluare/ asistență psihologică, psihologii vor preciza în *”Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică”* eventuale recomandări pentru asigurarea continuității asistenței psihologice pentru toți pacienții, după externare.

k) Semestrial psihologul din cadrul spitalului va înainta într-o primă etapă Consiliului medical o *”Analiză semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice”* iar eventualele propuneri de măsuri adoptate în consecință vor fi transmise, după caz, Comitetului director al spitalului. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art.267. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: FOCG/ FSZ, planul de management, proceduri medicale, formular de *”Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a pacientului”*, *”Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică”*, *”Analiză semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice”*.

Art.268. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Numărul de E.A.A.A.M. în ultimul an calendaristic cauzate de erori de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socio-economice are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților care reprezintă astfel de cazuri.

b) Numărul de solicitări scrise în FOCG/ FSZ prin care aceștia semnaleză fiecare dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice este în raport direct cu numărul de astfel de cazuri preluate efectiv de către psihologi în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de E.A.A.A.M., erori de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socio-economice, numărul de solicitări scrise în FOCG/ FSZ.

VIII. 44. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament

Art.269. – Reglementarea accesului la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/ sau tratament are ca principale scopuri:

a) Stabilește responsabilități prin care se asigură asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea documentelor, informațiilor și înregistrărilor medicale;

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.270. – Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/ sau tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului pacienții se pot interna în regim de spitalizare continuă sau regim de spitalizare de zi, prin biroul internări existent în cadrul Spitalului.

b) **Pe toată durata internării în regim continuu/ de zi a pacienților, documentele medicale ale pacienților sunt păstrate la nivelul structurilor medicale în care aceștia sunt internați, în spații/ dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.** Accesul la respectivele documente este permis, după caz, următoarelor categorii de personal:

- i. Șefii de structuri medicale – au responsabilitatea verificării modului de completare a documentelor medicale;
- ii. Medicii curanți – care au obligația de a înscrie, funcție de cazuistică, anamneza, tabloul clinic, investigații și rezultatele acestora, diagnostice, tratamentul (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical, de urgență), prescripții/recomandări pe timpul internării/ după externare etc.;
- iii. Medicii care efectuează consulturi interdisciplinare – conform prevederilor *”Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric”* din prezentul Regulament;
- iv. Medicii din serviciile paraclinice – în limita solicitărilor medicilor curanți;
- v. Medici care exprimă *”o a doua opinie medicală”* - se realizează la solicitarea pacienților, prin aplicarea prevederilor *”Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate”* din prezentul Regulament;
- vi. Fiziokinetoterapeuții – înscrierile acestora în documentele medicale se realizează în limitele îngrijirilor efectuate potrivit competențelor profesionale avute;
- vii. Psihologii – se realizează la solicitarea medicilor curanți, prin aplicarea prevederilor *”Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice”* din prezentul Regulament;
- viii. Asistenții medicali – completează planurile de îngrijiri. Completarea de către aceștia și a altor înscrisuri în F.O.C.G./ F.S.Z. se realizează numai în situația delegării acestei responsabilități de către medicii curanți. Responsabilitatea respectivelor înscrisuri efectuate de către asistenții medicali în F.O.C.G./ F.S.Z revine exclusiv în sarcina medicilor curanți, care au obligația ca în această situație să verifice aceste înscrisuri, să aplice parafa și să le semneze;
- ix. Infirmieri – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;
- x. Registratori medicali - culeg din documentele medicale informații necesare întocmirii condicilor de medicamente, decontului de materiale sanitare și informații privind procedurile medicale efectuate;
- xi. Personalul medico-sanitar care însoțește pacienții la consulturi interdisciplinare sau analize paraclinice răspunde de integritatea documentelor medicale pe timpul însoțirii pacienților. La înapoierea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului.

c) Medicii din Ambulatoriu completează documentele medicale ale pacienților care se adresează pentru consulturi medicale în cadrul Ambulatoriului. Respectiv documentele se păstrează în spații/ dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.

d) În cadrul farmaciei cu care spitalul are contract, farmaciștii și asistenții de farmacie au acces la condicile de medicamente solicitate din cadrul structurilor medicale, în baza cărora eliberează medicația prescrisă de medicii curanți pentru fiecare dintre pacienții internați.

e) În cadrul procesului didactic care se desfășoară în cadrul Spitalului, accesul la informațiile existente în documentele medicale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/ sau tratament se realizează potrivit reglementării *”Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale”* din prezentul Regulament.

f) Personalul medico-sanitar are acces în mod controlat la informațiile electronice ale pacienților, prin acordarea de user și parolă pentru fiecare utilizator autorizat în parte. Accesul la datele medicale din sistemul informatic se realizează potrivit prevederilor. *”Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/ datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului”* din prezentul Regulament.

g) Spitalul prin angajații săi asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/ sau tratament. În acest sens, eliberarea adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale se realizează potrivit reglementării *”Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți sau alte persoane îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii”* din prezentul Regulament.

Art.271. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documente medicale, reglementări interne, condici de medicamente, decont de materiale sanitare.

Art.272. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților în ultimul an calendaristic încheiat are valoare egală cu 0 (zero).

b) Numărul de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 0 (zero).

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: număr de incidente de securitate, număr amenzi administrative.

VIII. 45. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii

Art.273. – Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

a) Asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/ reabilitare necesare, în funcție de patologie.

b) Asigurarea unei comunicări eficiente pe pagina de internet a spitalului a unor informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire.

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.274. – (1) Etapele procesului de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/ reabilitare, în funcție de patologii presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prin grija directorului medical se va întocmi la nivelul Spitalului o Listă a organizațiilor care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului. Aceasta cuprinde datele de contact a fiecărei organizații identificate, precum și detalii privind obiectul de activitate al fiecăreia dintre acestea. Respectiva listă are rol dublu, după cum urmează:

i. Este utilizată de către Comitetul director, după caz, la întocmirea *”Analizei privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire a Spitalului*

și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul acoperit de acesta”, analiză care se constituie ca anexă la Planul strategic de dezvoltare al spitalului;

ii. Se postează pe pagina de internet a spitalului pentru a asigura informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire ca și componentă a recuperării active a pacientului, mobilizării precoce și promovarea unui stil de viață sănătos.

b) Prin grija personalului Serviciului managementul calității serviciilor de sănătate, se realizează în extras o listă cu informații succinte din Lista organizațiilor care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, extrasele respective afișându-se pe fiecare din structurile medicale astfel încât să se asigure informarea tuturor pacienților despre existența respectivelor organizații. Extrasele din listă vor conține inclusiv informații privind organizațiile care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului care se regăsesc și pe pagina de internet a spitalului.

c) Informații despre întocmirea și postarea Listei organizațiilor care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se comunică imediat după întocmirea acestora în cadrul ședinței Consiliului medical și întreg personalul medico-sanitar va fi informat de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiile acestora, despre posibilitățile de accesare a serviciilor de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

d) La cererea pacienților care se externează și care au domiciliul în alte județe decât zona deservită de Spitalului, medicii curanți ai acestora au obligația de a identifica pe internet și a pune la dispoziție pacienților variante de organizații care asigură servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în zona de domiciliu a pacienților.

e) În situația existenței la nivelul Spitalului a unor contracte/ protocoale de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, despre existența acestora – prin grija directorului medical – se va aduce la cunoștința personalului medico-sanitar din cadrul Spitalului, acesta având obligația de a aplica, atunci când situația o impune, prevederile respectivelor contracte/ protocoale de colaborare.

Art.275. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: Lista organizațiilor care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative, Planul strategic, Analiza privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire a Spitalului și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul acoperit de acesta, contracte/ protocoale de colaborare.

Art.276. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul organizațiilor care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului și cele identificate și centralizate în vederea afișării și informării pacienților care se externează din Spital, are valoare egală cu 1 (există afișată listă cu toate aceste organizații aflate în contract cu CAS)

b) Există permanent minim 1 contract/ protocol de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

numărul organizațiilor care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative, numărul contractelor/ protocoalelor de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/ sau paliative.

VIII. 46. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare

Art.277. – Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

- a) Stabilește datele medicale necesare a fi culese consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării;
- b) Înregistrarea corectă, completă, în timp real a datelor medicale;
- c) Evitarea redundanțelor;
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.278. – Etapele procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Utilizarea datelor cu caracter personal în cadrul Spitalului este necesar să se realizeze în conformitate cu reglementările legale în vigoare prin care se asigură protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

b) Colectarea datelor medicale și completarea acestora în documentele medicale pe întreaga durată a internării pacienților în cadrul Spitalului se desfășoară în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.*

c) Colectarea informațiilor în **format electronic** se efectuează începând cu internarea pacientului până la consemnarea rezultatelor investigațiilor medicale. Înregistrarea datelor în format electronic se realizează astfel:

- Pentru internarea continuă - setul minim de date din F.O.C.G.
- Pentru internarea de zi - datele de identificare ale pacienților se introduc în F.S.Z.
- Pentru consultațiile în ambulatoriu cu care spitalul are contract - datele de identificare ale pacienților.

d) În momentul internării continue a pacientului în F.O.C.G. se completează în format electronic Setul Minim de Date la Nivel de Pacient (S.M.D.P.). Pentru pacienții internați se întocmește la nivelul Biroului internări în format electronic a S.M.D.P., respectiv:

- Codul de identificare a cazului internat;
- Codul de identificare a spitalului;
- Codul de identificare a secției;
- Numărul foi de observație clinică generală;
- Codul de identificare a pacientului – CID;
- Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală);
- Structura prin care se realizează internarea pacientului;
- Sexul;
- Data nașterii;

- Județul de domiciliu al pacientului;
- Localitatea de domiciliu al pacientului;
- Cetățenia;
- Ocupația;
- Nivelul de instruire;
- Statut asigurat;
- Tipul asigurării de sănătate;
- Nr. card european;
- Nr. pașaport;
- Nr. card național;
- Casa de asigurări de sănătate;
- Tipul internării;
- Serie bilet internare;
- Număr bilet internare;
- Criteriul de internare;
- Data internării;
- Ora internării;
- Diagnosticul de trimitere.

e) Documentele medicale completate cu informațiile menționate sus-menționate însoțesc pacientul pe compartimentul unde acesta se internează.

f) Ulterior toate informațiile din F.O.C.G. se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:

- Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.
- Investigațiile și procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcționale, investigații radiologice,) se vor înregistra codificat, specificându-se și numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.
- Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3.
- Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.
- Explorările funcționale și investigațiile radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații.
- În situația că există posibilitatea tehnică necesară, de la caz la caz, rezultatele investigațiilor de laborator/ paraclinice și buletinele de analiză/ examinare transmise de către serviciile paraclinice în format electronic, se printează și se introduc în F.O.C.G./ F.S.Z. Pe aceste rezultate/ buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația în care acesta nu este înscris în format electronic.
- Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.
- Evoluția și tratamentul prescris se consemnează zilnic de medicul curant. Efectuarea tratamentului se consemnează de asistentul de tură.

- Orice incident care apare în legătură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. și se anunță medicul coordonator de compartiment.
- g) Planul de îngrijiri se inițiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării și se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.
- h) Asistentul medical șef de compartiment verifică, prin sondaj, completitudinea și corectitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/ pacient. Planul de îngrijiri se anexează la F.O.C.G.
- i) Documentele medicale de externare (epicriză, bilet de externare, scrisoare medicală, certificat medical, după caz), se întocmesc în format electronic de medicul curant din compartimentul de profil, iar certificatul constatator al decesului se completează olograf de către medicul curant/ medicul care constată decesul.
- j) Medicul șef de compartiment sau persoana desemnată de către acesta are obligația de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienților internați în compartiment, cel puțin la internarea și externarea acestora.
- k) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție sau a persoanelor desemnate cu verificarea F.O.C.G. cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.
- l) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, șeful S.M.C.S.S. prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (F.O.C.G., bilet de externare, trimitere etc).
- m) Cele două analize prevăzute la lit. k) și l) pot fi întocmite în comun prin colaborarea dintre directorul medical și șeful S.M.C.S.S.

Art.279.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documente medicale, contracte de colaborare, legislație aferentă procesului, proceduri medicale, analize, rapoarte.

Art.280. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de F.O.C.G. completate conform cerințelor legale și numărul de F.O.C.G. analizate este de minim 50%.
- b) Raportul dintre numărul de F.S.Z. completate conform cerințelor legale din total nr F.S.Z. analizate este de minim 50%.
- c) Raportul dintre numărul de situații de redundanțe apărute în procesul de colectare și înregistrare date și numărul total de F.O.C.G./ F.S.Z. analizate, nu depășește 10%.
- d) Raportul dintre numărul de Planuri îngrijire (anexa la F.O.C.G./ F.S.Z.) completat conform reglementărilor interne și numărul total al Planurilor îngrijire anexe la F.O.C.G./ F.S.Z. analizate, are valoare de minim 50%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de F.O.C.G./ F.S.Z. completate conform cerințelor legale, numărul de situații de redundanțe apărute în procesul de colectare, numărul de Planuri îngrijire completat.

VIII. 47. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat

Art.281. – Reglementarea procesului de obținere a consimțământului informat are ca principale scopuri:

a) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislația incidentă în vigoare de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.

b) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislația incidentă în vigoare de a refuza sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa.

c) Se face dovada preocupării personalului medico-sanitar de a identifica, evalua și trata riscul infecțios asociat manevrelor invazive.

d) Se asigură posibilitatea luării de măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.

Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.282. – Etapele procesului de obținere a consimțământului informat presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului personalul medico-sanitar are obligația de a informa pacientul cu privire la următoarele:

- i. serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea;
- ii. identitatea și statutul profesional al salariaților din cadrul spitalului;
- iii. regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării;
- iv. starea de sănătate;
- v. intervențiile medicale propuse;
- vi. riscurile potențiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
- vii. alternativele existente la procedurile propuse;
- viii. date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul și tratamentul afecțiunii pacientului;
- ix. consecințele neefectuării tratamentului și ale nerespectării recomandărilor medicale;
- x. diagnosticul stabilit și prognosticul afecțiunilor diagnosticate.

b) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical, pacientului i se solicită acordul scris. Consimțământul pacientului informat este condiție obligatorie și pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.

c) Personalul medical care urmează să realizeze actul medical vor obține acordul pacientului utilizând formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cuprins în Anexa nr. 1 la *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*”. Identitatea și statutul profesional al întregului personal medical implicat în efectuarea actului medical sunt precizate pacientului și menționate în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul, cuprins în “*Tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)*” poziționat la finalul formularului “*Acordul Pacientului Informat*”.

d) “*Acordul Pacientului Informat*” se va obține înainte de realizarea actului medical cu potențial de risc și necesită parcurgerea următoarelor etape:

- i. Stabilirea competenței pacientului/reprezentantului legal pentru semnarea formularului “*Acordul Pacientului Informat*” presupune:
 - În cazul pacientului lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.
 - În cazul pacientului cu care medicul/asistentul medical nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/ soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înțeleg, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.
- ii. Informarea pacientului presupune:
 - În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, asistentul medical sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. Informațiile vor fi prezentate folosind un ton conversațional, de preferință în propoziții scurte, evitând construcții gramaticale complexe.
 - Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. Mai mult, acordul pacientului informat trebuie să conțină, descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, asistentul medical. În mod obligatoriu, în consimțământul informat se va menționa riscul infecțios asociat manevrelor invazive.
 - Informațiile despre actul medical precizate la lit. a) vor fi furnizate pacientului de către personalul medical care are competența să îl realizeze.
 - În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.
- iii. Clarificarea informațiilor furnizate presupune:
 - Se vor oferi răspunsuri la întrebările pacientului/ reprezentantului legal în legătură cu informațiile furnizate.
 - Se vor oferi toate informațiile suplimentare solicitate de către pacient/ reprezentant legal.
- iv. Obținerea acordului pacientului presupune respectarea de către personalul medico-sanitar a următoarelor reguli:
 - După furnizarea informațiilor, clarificarea solicitărilor suplimentare și acordarea timpului de gândire necesar luării deciziei informate pacientul/ reprezentantul legal va fi rugat să-și exprime acordul și să semneze formularul “*Acordul Pacientului Informat*”.
 - Pacientului cu discernământ care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. Pacientului cu discernământ care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/ asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.
 - În situația în care intervențiile medicale sunt refuzate de către pacienți se vor aplica prevederile “*Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/ tratamente*” din prezentul Regulament.

- În situația în care este necesară efectuarea unei intervenții medicale unui pacient care nu își poate exprima voința, personalul medical poate deduce acordul acestuia dintr-o exprimare anterioară a voinței, dacă aceasta este cunoscută.
- În situația în care pentru efectuarea unei intervenții medicale se solicită consimțământul reprezentantului legal al pacientului, acesta trebuie să fie implicat în adoptarea deciziei, în limitele capacității sale de înțelegere
- Medicul curant, asistentul medical răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență.
- Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.
- Formularele “*Acordul Pacientului Informat*” se vor completa și semna în cadrul convorbirii pacientului/ reprezentantului legal cu medicul curant/ asistentul medical după examenul anamnestic și clinic, înaintea începerii activităților medicale specifice diagnosticului și/ sau tratamentului.
- După completare, formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate se introduce în F.O.C.G./ F.S.Z. de către medicul curant și se arhivează împreună cu aceasta.

e) Fotografierea sau filmarea pacienților în spital de către personalul medical, precum și implicarea pacientului în procesul de învățământ medical se realizează potrivit prevederilor “*Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/ foto/ video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale*”. din prezentul Regulament.

f) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. În această situație se aplică prevederile “*Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*” din prezentul Regulament.

Art.283. (1) Vulnerabilitățile din procesul de obținere al consimțământului informat care sunt necesar a fi avute în vedere dat fiind faptul că pot avea consecințe negative atât asupra actului medical cât și asupra relației medic - pacient, sunt următoarele:

- a) răspunderea juridică pentru malpraxis în situațiile în care medicul efectuează actul medical fără consimțământul informat, iar pacientul suferă o vătămare;
- b) medicul nu completează datele pacientului/ reprezentantului legal al acestuia și nu se poate face corelație între pacient și semnătura acestuia înscrisă pe formularul de consimțământ;
- c) medicul nu explică pacientului/ aparținătorului suficient de clar informațiile medicale, riscurile implicate și disconfortul ce urmează a se crea;
- d) medicul nu descrie actul medical (câmpul nr. crt. 3) astfel încât toate răspunsurile ulterioare menționate de către pacient nu pot fi asociate actului medical;
- e) participarea unei echipe medicale la intervenție și nesemnarea de către toți membrii a formularului de consimțământ;

f) medicul curant nu completează și semnează consimțământul informat pentru fiecare act medical efectuat pacientului;

g) neinformarea pacientului cu privire la riscurile neefectuării/ efectuării fiecăreia dintre intervențiile medicale.

(2) Anual, prin grija directorului medical, prin ”Planul anual de perfecționare al personalului Spitalului”, se planifică minim o instruire a personalului medical cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului. Instruirea/ instruirile cu această temă se finalizează prin evaluări ale personalului cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat de la pacient.

(3) La nivelul Spitalului se vor întocmi anual de către directorul medical analize privind identificarea vulnerabilităților în procesul de obținere a consimțământului informat, acestea fiind prezentate în ședințe ale Consiliului medical.

Art.284. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: formular Consimțământul pacientului informat, documente medicale, reglementari interne.

Art.285. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:

a) Numărul de F.O.C.G. identificate fără formularul “Acordul Pacientului Informat” în cadrul misiunilor de audit clinic intern are valoare 0 (zero) indiferent de numărul total de foi de observație clinică generale auditate.

b) Numărul personalului medical instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat este direct proporțional cu număr total de personal medical planificat să participe la la instruire.

c) Raportul dintre numărul de personal medical evaluat cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat și numărul total de personal medical planificat să execute această evaluare are valoare egală cu 1.

d) Numărul de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: F.O.C.G. fara formularul “Acordul Pacientului Informat, numărul personalului medical instruit, reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat.

VIII. 48. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

Art.286. – Reglementarea procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente are ca principale scopuri:

a) Informarea pacientului asupra riscurilor consecutive refuzului tratamentului;

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.287. – Etapele procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Medicul curant al spitalului, sau asistentul medical, după caz, aduce la cunoștința pacientului, într-o modalitate cât mai accesibilă, toate informațiile legate de

tratament, proceduri și medicație; acest lucru se realizează din prima zi de internare, în cel mai scurt timp posibil după internarea pacientului;

b) În urma aducerii la cunoștință a tuturor informațiilor legate de etapele pe care le presupune tratamentul individualizat al pacientului, acesta are posibilitatea să refuze anumite etape ale tratamentului sau tratamentul în integralitatea sa și să oprească orice intervenție medicală asupra sa;

c) Medicul curant, sau asistentul medical, după caz, are obligația în această situație de a explica cât mai detaliat consecințele refuzului sau opririi actelor medicale;

d) În acest sens, pe formularul *"Acordul pacientului informat"* – instituit de prevederile *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, care se regăsește în F.O.C.G., pacientul va confirma în scris refuzul tratamentului/ opririi actelor medicale prin completarea pct. II: *"Subsemnatul pacient/ Reprezentant legal,declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către(numele și prenumele medicului/ asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical"*. În caseta din josul pct. II anterior menționat pacientul va înscrie data și ora refuzului exprimat și va semna.

e) În această situație, medicul curant, sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCG/ FSZ documentele medicale refuzul motivat/ nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus;

f) Nu în ultimă instanță medicul curant sau asistentul medical, după caz, va comunica pacientului care refuză investigații/ tratamente posibile alternative terapeutice cu indicarea unităților sanitare/ de îngrijire/ paliative în care acesta poate fi tratat.

Art.288.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: formularul *"Acordul pacientului informat"*, FOCG/ FSZ, documentele medicale.

Art.289. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/ tratamente sunt următorii:

a) Numărul de pacienți care declară pe formularul *"Acordul pacientului informat"* că au înțeles toate informațiile furnizate de către medic/ asistentul medical din totalul de pacienți care au completat acest formular este de 100% (cuantificarea indicatorului se realizează cu ocazia verificării de către C.M.C.S.M. a modului de completare a documentelor medicale).

b) Număr de pacienți care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic și completează în acest sens formularul *"Acordul pacientului informat"*, este de 100%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de pacienți care declară că au înțeles toate informațiile, număr de pacienți care refuză investigații/tratamente.

VIII. 49. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului

Art.290. – Reglementarea procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului are ca principale scopuri:

a) Asigură adoptarea de către conducerea spitalului a unei politici de personal care să motiveze angajații și să determine îmbunătățirea calității, în raport cu răspunsurile și propunerile formulate de către angajați pe chestionarele de satisfacție;

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.291. – Etapele procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se întocmesc de către structura de resurse umane urmărindu-se în permanență respectarea următoarelor cerințe:

i. În mod obligatoriu chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților va cuprinde întrebări despre percepția calității vieții profesionale a angajaților, îndeosebi în raport cu munca prestată, în contextul în care aceasta este determinată/influențată de următorii factori:

- Perspectivele de a avansa în carieră;
- Siguranța locului de muncă;
- Securitatea la locul de muncă;
- Posibilitățile de instruire/ formare profesională suplimentară;
- Relațiile și interacțiunile de la locul de muncă.

ii. Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia, atât în plan orizontal cât și în plan vertical;

iii. Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a angajatului va asigura anonimatul acestuia;

iv. Chestionarul va cuprinde indicații clare, existente în preambulul acestuia, privind locul de depunere a chestionarului de satisfacție a angajaților completat.

b) Actualizarea formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se realizează de către structura de resurse umane, de regulă, în situația în care se decide de către conducerea spitalului focusarea pe anumite problematici importante în care feed-back-ul din partea angajaților este relevant pentru luarea unor decizii.

c) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” sunt distribuite de către structura de resurse umane – prin șefii de compartimente angajaților care și-au desfășurat activitatea în anul anterior distribuirii acestora, anual, de regulă în prima luna din an. Distribuirea acestora se face cu participarea șefilor de compartimente ocazie cu care se face și instructajul privind modul de completare și de colectare a acestora.

d) În luna ianuarie - a fiecărui an calendaristic, formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” distribuite se vor completa, centralizarea chestionarelor se va face prin grija personalului responsabil din compartimente/ șefilor locurilor de muncă, după caz, care vor asigura predarea acestora la structura de resurse umane. Analizarea, interpretarea și finalizarea setului de propuneri rezultate din evaluarea răspunsurilor angajaților din chestionare se va realiza la nivelul structurii de resurse umane întocmind în acest sens „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” care se va anexa la un raport de analiză care va cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind respectiva analiză.

e) Managerul spitalului, în raport de concluziile și propunerile formulate în „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*”, poate decide ca respectiva analiză să fie prezentată în ședință a Consiliului medical sau/ și a Comitetului director.

f) În mod obligatoriu, „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” se pune de către structura de resurse umane la dispoziția reprezentanților angajaților care, în funcție de concluziile și propunerile formulate în respectiva analiză, vor înainta managerului un proces-verbal de ședință în care vor formula propriile propuneri. La solicitarea reprezentanților angajaților, structura de resurse umane este obligată să pună la dispoziția acestora, în termen de maxim o zi lucrătoare de la formularea cererii, a formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” care au fost utilizate la redactarea „*Analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților*”.

g) Păstrarea formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” completate de către angajați se păstrează la nivelul structurii de resurse umane minim o perioadă de un an calendaristic socotită începând cu data la care a fost înregistrată fiecare dintre „*Analizele chestionarelor de satisfacție a angajaților*” la care au fost utilizate respectivele chestionare.

Art.292. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*”, Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților”, Proces-verbal de ședință.

Art.293. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Numărul de „*Chestionare de satisfacție a angajatului*” distribuite în fiecare an este în raport direct cu existentul de personal al spitalului la data distribuirii acestora.

b) Raportul dintre numărul de „*Chestionare de satisfacție a angajatului*” distribuite în fiecare an raportat la numărul de „*Chestionare de satisfacție a angajatului*” colectate în aceeași perioadă de referință să fie de 100%.

c) Raportul dintre numărul de propuneri fezabile formulate în „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” și numărul celor pentru care au fost asigurate resursele necesare punerii în execuție în ultimul an calendaristic să fie de minim 50%.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: „*Chestionare de satisfacție a angajatului*” distribuite, propuneri formulate în „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*”.

VIII. 50. Distribuirea personalului mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale

Art.294. – Reglementarea modului de distribuire a personalului mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale are ca principale scopuri:

a) Sprijină sistemul de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență;

b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.295. – Etapele procesului de distribuire a personalului mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul compartimentelor medicale, în raport cu numărul de pacienți programați pentru internare, și numărul de pacienți internați neprogramați, coordonatorii de compartimente medicale efectuează o analiză a necesarului de personal mediu pentru asigurarea de îngrijiri corespunzătoare atât pacienților internați cât și a celor programați pentru internare sau/ și a celor care potențial se pot interna, în raport direct cu numărul de paturi neocupate din cadrul compartimentelor medicale.

b) În situația în care se constată sau se presupune că personalul mediu existent în cadrul compartimentelor medicale este insuficient, șefii/ coordonatorii acestora raportează medicilor șefi de compartiment solicitând distribuirea de personal mediu din cadrul altor compartimente medicale.

c) În situația prevăzută la lit. b) medicul șef de compartiment analizează împreună cu șefii de compartimente medicale din subordine, precum și cu asistenta șefă, posibilitatea distribuirii de personal mediu din alt compartiment în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

d) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între compartimente medicul șef de compartimente solicită în acest sens avizul directorului medical și aprobarea ulterioară de către managerul spitalului. După obținerea aprobării, șeful de compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

e) Dacă nu există posibilitatea de redistribuire a personalului mediu între compartimente, medicul șef de compartiment care are nevoie temporar de un surplus de personal mediu, informează în cel mai scurt timp posibil pe directorul medical.

f) În situația prevăzută la lit. e) directorul medical analizează împreună cu medicii șefi de compartimente, precum și cu asistenta șefa, posibilitatea distribuirii de personal mediu din alt compartiment în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

g) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între compartimentele spitalului, directorul medical solicită în acest sens aprobarea managerului spitalului. După obținerea aprobării șeful de compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din compartiment să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

h) De regulă, distribuirea de personal mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face între compartimente cu profil asemănător, ținând în mod obligatoriu cont de competențele profesionale ale respectivului personal.

i) Pentru personalul mediu care schimbă temporar locul de muncă șeful structurii de resurse umane întocmește în cel mai scurt timp posibil decizii de delegare conforme prevederilor legale incidente, pe care le supune aprobării managerului spitalului.

j) Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al personalului mediu în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților. În acest sens, reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care vor invita și personalul mediu care urmează să fie delegat. Cu această ocazie reprezentanții salariaților vor consulta personalul mediu care urmează a fi delegat temporar. În situația că acesta din urmă își exprimă acordul de a fi delegat, reprezentanții salariaților își vor da acordul pentru redistribuire, întocmind în acest sens proces-verbal de ședință. În caz contrar, reprezentanții salariaților iau act de argumentele salariaților și fac propuneri în consecință managerului spitalului.

k) În situația delegării personalului sanitar mediu ca urmare a determinării gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care pot invita pe lângă personalul mediu care urmează să fie delegat și personalul care a realizat calculul gradului mediu de dependență a pacienților internați, pentru a-și justifica propunerile.

l) Avizul reprezentanților salariaților și cel al consilierului juridic pe proiectul deciziilor de delegare este prealabil și obligatoriu aprobării de către managerul spitalului a deciziilor de delegare temporare sau definitive a personalului mediu între compartimentele medicale.

Art.296. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: analize, instruirii, decizii,avize.

Art.297. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de distribuire a personalului mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la distribuirea între compartimente de personal mediu, ținându-se cont de competențele profesionale și numărul total de distribuiri efectuate, să aibă valoarea egală cu 1.

b) Numărul de reclamații ale pacienților/ aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de personal mediu, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

c) Numărul de reclamații ale pacienților/ aparținătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal mediu, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

d) Numărul de E.A.A.A.M. declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/ sau auxiliar, reprezintă maxim 10% din numărul total de E.A.A.A.M. declarate în aceeași perioadă de referință.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de situații în care s-a procedat la distribuirea între compartimente de personal mediu, numărul de reclamații ale pacienților/ aparținătorilor, numărul de E.A.A.A.M.

VIII. 51. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

Art.298. – Reglementarea procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian are ca principale scopuri:

a) Asigură aducerea la cunoștința medicilor prescriptori, în timp oportun, a informațiilor despre introducerea pe piață/ în spital a unor produse antibacteriene nou apărute/ neachiziționate anterior, a indicațiilor terapeutice, contraindicațiilor, precauțiilor, interacțiunilor, dozelor și a modului de administrare, precum și a reacțiilor adverse a acestora.

b) În condițiile lipsei informațiilor în legătură cu noi produse antibacteriene, prezenta reglementare elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.299. – (1) Informarea despre introducerea pe piață/ în spital a unui nou produs antibacterian se poate face în următoarele situații:

- apariția unui produs antibacterian nou pe piață/în spital;
- apariția unor germeni multirezistenți la antibiotice;
- scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp (pentru a preveni apariția multirezistenței la antibiotice) și înlocuirea lor cu produse din aceeași clasă sau din clase diferite.

(2) Etapele procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazul apariției pe piață a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei cu care spitalul are încheiat contract și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie din

cadru C.P.I.A.A.M., prezintă prospectul acestuia în cadrul Consiliului Medical care aprobă, după caz, posibilitatea introducerii acestuia în uz/achiziționarea la solicitarea medicilor curanți.

b) La sesizarea scrisă a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice sau pentru scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp, se întrunește Comisia medicamentului care hotărăște introducerea, după caz, unui nou produs antibacterian sau scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp. Propunerile formulate prin procesul-verbal de ședință a Comisiei medicamentului se aprobă, după caz, în ședință ordinară sau, dacă situația o impune - în ședință extraordinară a Consiliului medical.

c) La introducerea în spital a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei cu care spitalul are încheiat contract și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia subliniind îndeosebi aspecte privitoare la indicațiile terapeutice, contraindicațiile, precauțiile, interacțiunile, dozele și modul de administrare, precum și potențialele reacții adverse a acestuia, astfel încât acestea să fie cunoscute medicilor prescriptori în momentul prescrierii lor.

d) După prezentarea a prospectului prezentat al noului produs antibacterian achiziționat în cadrul spitalului, acesta se distribuie ca și document de lucru pentru personalul din fiecare compartiment existent.

Art.300.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: informari, procese verbale de sedinta,contracte,prospecte.

Art.301. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

a) Numărul de produse antibacteriene noi apărute este direct proportional cu numărul acestora pentru care șeful farmaciei și/sau medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie prezintă prospectul lor în cadrul Consiliului Medical, în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Numărul de sesizări scrise a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice, în ultimul an calendaristic încheiat este direct proportional cu numărul de situații care impun o astfel de conduită.

c) Numărul de propuneri formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, este direct proportional cu numărul celor care au fost aprobate în ședințe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic încheiat.

d) Numărul de prezentări ale prospectelor unor produse antibacteriene nou achiziționate este direct proportional cu numărul total de produse antibacteriene nou achiziționate în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: produse antibacteriene nou apărute, sesizări scrise a medicului, propuneri formulate de către Comisia medicamentului.

VIII. 52. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe

Art.302. –Reglementarea procesului de abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe are ca principale scopuri:

a) Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilite modalități de lucru.

- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.303. – (1) Sepsisul este o disfuncție de organ amenințătoare de viață, datorată unui răspuns anormal al gazdei la infecție.

(2) Șocul septic presupune persistența hipotensiunii și necesitatea unui vasopresor pentru menținerea unei TA de 65mmHg sau mai mare și a unui serum lactat ≥ 2 mol/l, în ciuda unui volum de resuscitare adecvat.

(3) În noua definiție din 2016 a O.M.S. a așa numitului "sepsis 3", se elimină necesitatea prezenței sindromului răspunsului inflamator sistemic (SRIS) pentru definirea șocului septic și se schimbă în definiția "sepsis sever", iar ce era înainte "sepsis sever" acum este noua definiție a "sepsisului".

Art.304. –Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru identificarea prezenței sepsisului, medicii curanți din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I vor observa următoarele semne și simptome ale acestuia, care sunt adesea nespecifice:

- Febră, frisoane
- Confuzie
- Anxietate
- Deficiență de respirație
- Oboseală și indispoziție (adinamie)
- Grețuri și vărsături
- Palpitații/ Precordialgii
- Paliditate
- Somnolente marcate
- Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic.

b) În acest sens, medicii curanți vor localiza semnele și simptomele referitoare la sistemele de organ, deoarece acestea pot furniza informații folositoare pentru etiologia sepsisului, după cum urmează:

- Infecții la nivelul capului și gâtului: durere de cap severă, rigiditatea gâtului, alterarea statusului mental, otalgie, odinofagie, durere de sinus, linfadenopatie cervicală sau submandibulară.
- Infecții pulmonare și toracice: tuse (în special dacă este productivă), durere toracică pleuritică, dispnee, matitate la percuție, raluri localizate, orice evidențiază o condensare, tiraj subcostal, intercostal, suprasternal, balans toraco-abdominal.
- Infecții gastrointestinale și abdominale: diaree, durere abdominală, distensie abdominală, sensibilitate spontană sau la palpare, sensibilitate la tușeul rectal sau umflături, varsaturi incoercibile și febra, absenta tranzit.
- Infecții pelvine sau genitourinare: durere pelvină sau în flanc, sensibilitate anexială sau mase la palpare, secreții vaginale sau uretrale, disurie, polakiurie.
- Infecții ale oaselor și țesuturilor moi: durere localizată la nivelul membrelor, eritem focalizat, edem, articulații umflate, crepitații în infecțiile necrozante, efuziuni articulare.
- Infecții ale pielii: peteșii, purpură, eritem, vezicule, ulcerații.

c) Medicii curanți din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I este necesar să aibă în vedere că semnele distinctive ale sepsisului sever și șocului septic sunt schimbările care apar la nivel microvascular și la nivel celular și pot să nu fie clar manifestate în semnele vitale sau la examinarea clinică. Acest proces include activarea difuză a cascadelor inflamației și

coagulării, vasodilatație și maldistribuție vasculară, linkage endotelial capilar și utilizarea disfuncțională a oxigenului și nutrienților la nivel celular.

d) Pentru determinarea existenței sepsisului medicii curanți din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I observă prezența a minim două sau mai multe dintre următoarele criterii (criterii qSOFA):

- Alterarea statusului mintal, pe baza scorului Glasgow ≤ 14
- Rata respiratorie ≥ 22 respirații/minut
- Presiunea arterială sistolică ≤ 100 mmHg

e) Calculul qSOFA utilizat de către medicii curanți din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I se realizează astfel:

- Este pacientul în ICU ODa ONu
- Alterarea statusului mintal ODa ONu
- Rata respiratorie (_____) 0 la 60
- Presiunea arterială sistolică (_____) 0 la 300

f) Pentru determinarea existenței șocului septic, medicii curanți din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I vor efectua monitorizarea cardiacă a presiunii sanguine noninvasive și pulsoximetria și vor solicita, după caz, următoarele teste de laborator:

- Hemoleucograma completă
- Markerii inflamatori : VSH, PCR, fibrinogen, procalcitonina
- Coagulograma: PT, INR, aPTT, fibrinogen
- Biochimia: Na, K, Cl, Mg, Ca, fosfat, glicemia, lactat, Fe
- Teste renale și hepatice: pancreatice uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalina, HGT, ALAT, ASAT, albumina, lipaza
- Hemocultura
- Examen de urina și urocultura
- Culturi din secreții și țesuturi
- Imagistica: Rx toracic, abdomen sau extremități; Ultrasonografie abdominală; CT abdominal, pelvis, torace sau cap; RMN

g) Managementul pacienților aflați în șoc septic presupune desfășurarea de către medicii curanți din cadrul spitalului a următorului algoritm:

i. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog). Abordarea multidisciplinară se realizează îndeosebi pentru respectarea așa-numitelor „standarde de aur“ în alegerea antibioticului și în asocierea de antibiotice. Cerințele „standardului de aur“ în alegerea antibioticului de către echipa multidisciplinară sunt următoarele:

- recoltarea probelor microbiologice se face înaintea instituirii oricărei antibioterapii;
- se administrează antibiotice numai când există argumente clinico-biologice evidente pentru prezența infecției bacteriene sau constituie o urgență pentru prognosticul pacientului;
- se alege antibioticul în funcție de sensibilitatea cunoscută a florei microbiene incriminate, dar cu efectul cel mai redus asupra florei comensale;
- efectul antibioticoterapiei se reevaluează după 24–72 de ore și se consemnează în foaia de observație; dirijarea antibioticoterapiei se face numai după antibiogramă;
- posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârsta, greutatea, patologii asociate – insuficiență renală, hepatică, aplazie medulară etc.);

- decizia prelungirii antibioticoterapiei peste șapte-zece zile trebuie să fie argumentată clinic și biologic (în terapia prelungită, raportul beneficiu/risc este nefavorabil);
- se preferă calea de administrare orală, acolo unde este posibil.
- ii. La determinarea gradului de comă în care se află pacienții în șoc septic, medicul curant va utiliza metoda de calcul a scorului Glasgow (GCS):

Deschiderea ochilor:

- Spontan = 4
- La comanda verbala = 3
- La stimul dureros = 2
- Nu deschide = 1

Răspuns verbal:

- Orientat = 5
- Confuz = 4
- Cuvinte nepotrivite = 3
- Sunete incompreensibile = 2
- Nu răspunde = 1

Răspuns motor:

- La comandă = 6
- Localizează stimulul dureros = 5
- Flexie necoordonată = 4
- Decorticare = 3
- Decerebrare = 2
- Areactiv = 1

Interpretarea GCS:

- GCS: 8 – coma gradul I
- GCS: 7-6 – coma gradul II
- GCS: 5-4 – coma gradul III
- GCS: 3 – coma gradul IV (depășită)

iii. Tratamentul inițial include suportul funcției respiratorii și suportul funcției circulatorii, suplimentare de oxigen, ventilație mecanică și infuzie de volum. Echipa multidisciplinară formată la solicitarea medicului curant va urmări atingerea în cadrul tratamentului pacienților cu șoc septic a următoarelor scopuri majore:

- Începerea antibioticoterapiei cât mai precoce posibil
- Resuscitarea pacientului cu măsuri suportive pentru corectarea hipoxiei, hipotensiunii și hipoperfuziei.
- Identificarea sursei infecției și tratarea cu terapie antimicrobiană,
- Menținerea adecvată a funcției sistemelor de organ ghidată de monitorizarea cardiovasculară și întreruperea progresiei către MODS.

iv. Funcție de cazuistică, echipa multidisciplinară va propune medicului curant adoptarea următorului tratament medicamentos:

- Agoniști α și β adrenergici: norepinefrina, dopamina, dobutamina, epinefrina, vasopressina
- Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
- Volum expandermi: albumina
- Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Clindamicyna, Metronidazol, Ceftriaxona, Moxifloxacină, Levofloxacină, Cefepime, Vancomicina, Linezolid, Cefotaximă, Cefuroximă, Amikacina, Gentamicina,.

- Corticosteroizi: hidrocortizon hemisuccinat, dexametazonă.
- v. Terapia antibiotică trebuie administrată intravenos, în prima oră după recunoașterea șocului septic și a sepsisului sever. Când sursa nu este cunoscută antibioticul trebuie să fie cu un spectru larg, să acopere germeni Gram pozitivi, Gram negativi și anaerobi. Trebuie luată în considerare posibila prezență a bacteriilor cu rezistență la antibiotice cum ar fi: *Staphylococcus aureus* metilicilino rezistent (MRSA), specii de *Pseudomonas*, ESBL (organism Gram negativ cu activitate betalactamaza cu spectru extins).
- vi. Antibioterapia empirică se aplică de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare conform ghidurilor atât în cazul infecției cu unul cât și cu mai mulți agenți patogeni în prima ora de la recunoașterea șocului septic sau a sepsisului. În garda, decizia de instituire a tratamentului antibiotic în caz de sepsis aparține medicului curant urmand a fi discutat cazul în primele 24 ore, în echipa multidisciplinara. Agentul antibiotic trebuie să acopere spectrul microbial și să prezinte putere de penetrare la nivelul sursei septic. Reevaluarea antibioterapiei se face zilnic în cadrul echipei multidisciplinare, pentru o potențială descaladare. Durata este de 7-10 zile cu prelungirea perioadei la neutropenici și în prezența unui răspuns clinic redus. Se folosește procalcitonina sau alt risc-marker (CRP) pentru a ușura decizia de întrerupere a antibioterapiei, coroborat cu îmbunătățirea clinică și dispariția semnelor clinice de infecție. Combinațiile de antibiotice se recomandă în cazul infecțiilor cu microorganisme multirezistente (*Pseudomonas*, MRSA, ESBL), infecții severe asociate cu insuficiență respiratorie și șoc septic, șoc septic și bacteriemie în pneumonii. După 3-5 zile se trece la monoterapie antibiotică sau se modifică în funcție de antibiogramă.
- vii. Membrii echipei multidisciplinare este necesar să aibă în vedere că terapia cu spectru larg este esențială, acoperirea îngustă va fi ulterioară, când rezultatele la antibiograma sunt disponibile. Așteptarea până când vin rezultatele la culturi este absolut greșită. Doar 30% dintre pacienții cu șoc septic au culturi pozitive. La aproximativ 25% din pacienții presupuși în șoc septic, rămân culturi negative, din toate regiunile recoltate, dar mortalitatea este similară cu cei cu culturi pozitive. Întreruperea promptă a antibioterapiei se face de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare, dacă se dovedește că statusul pacientului este de cauză neinfecțioasă.
- viii. Suportul respirator constă în suplimentare de oxigen la toți pacienții suspecți de sepsis. Intubația trebuie considerată precoce la toți pacienții cu: necesitate de oxigen, dispnee sau tahipnee, hipotermie persistentă, evidența unei proaste perfuzii tisulare.
- ix. Suportul circulator constă în perfuzarea a 30ml/kgc soluție cristaloidă în 30-60 minute. Presiunea venoasă centrală (CVP) trebuie să fie cuprinsă în intervalul de 8-12 mm Hg. Dacă $CPV \geq 12$ mm Hg, sau apar semne de încărcare de volum (dispnee, ralri pulmonare, semne de edem pulmonar pe Rx pulmonar) atunci încărcarea cu fluide trebuie oprită. Se monitorizează diametrul venei cave inferioare sau diferența inspir-expir a diametrului venei cave inferioare (o diferență de 50% arată un $PVC \leq 8$ mm Hg). Când cantitatea de cristaloid pentru resuscitare este semnificativă, se indică administrarea de Albumina 4%.
- x. Corectarea anemiei și a coagulopatiei - dacă nivelul hemoglobinei este mai mic de 7g/dl este bine tolerat de pacient, transfuzia nu este necesară decât în cazul unei rezerve cardiace slabe și se evidențiază semne de ischemie miocardică. Targetul nivelului de hemoglobină este de minim 9-10g/dl. Trombocitopenia și coagulopatia este specifică pacientului cu sepsis. Se administrează masa trombocitară sau PPC dacă

apar semne de sângerare activă. Se administrează masa trombocitară la un nivel ≤ 20.000 trombocite/ml. În caz de intervenție chirurgicală, nivelul trombocitelor trebuie să fie $\geq 50 \times 10^9/l$. PCC este indicată doar în caz de sângerare activă. Agenți antitrombolizina III nu sunt indicați în șoc septic și sepsis sever.

xi. Controlul temperaturii prin scăderea febrei se poate face prin termoliză fizică – gheață, sau cu droguri: paracetamol, metamizol, AINS.

xii. Suportul nutrițional și metabolic determină corectarea anomaliilor electrolitice ale: Na, K, Mg, Ca, fosfati. Necesarul caloric și proteic al pacientului aflat în șoc septic este mare. Nutriția precoce este de importanță crucială pentru pacientul cu șoc septic. Calea enterală sau orală este preferată, dacă pacientul nu prezintă ileus sau alte anomalii intestinale. Gastropareza este frecvent observată și poate fi tratată prin administrarea de prokinetice. Se practică imunonutriția cu Smof Kabiven, suplimentarea cu Albumina în caz de hipoproteinemie severă (proteinemie $< 6g/dl$) sau albuminemie $< 3-3,5g/dl$.

xiii. Terapia vasopresoare se aplică dacă resuscitarea fluidă nu determină menținerea TA sistolică $> 90mmHg$ sau tensiunea arterială medie este $< 65mmHg$. Este indicată Noradrenalina în doza de 5-20 $\mu g/minut$ (nu este calculată pe greutatea pacientului). Administrarea se face printr-o venă centrală după montarea prealabilă a unui CVC. Se preferă Noradrenalina Dopaminei pentru că cea din urmă poate determina un flux nefavorabil și aritmii. Dopamina se utilizează în situații înalte specifice: prezența bradicardiei coexistente; risc redus de tahiaritmie; șocul rece în care extremitățile sunt reci datorită vasoconstricției periferice generată de scăderea debitului cardiac. Doza este de 5-10 $\mu g/kgc/minut$ până la 20 $\mu g/kgc/minut$. Low-doză nu este recomandată pentru protecția renală. Linia a II de vasopresor este Epinefrina care crește MAP la pacientul neresponsiv la alte vasopresoare, în principal datorită efectului inotrop potent pe cord. Ca efect advers este ischemia miocardică, splahnica, tahiaritmii și creșterea lactatului sistemic.

xiv. În terapia inotropă Dobutamina este indicată dacă există evidența hipoperfuziei tisulare, după ce parametrii PVC, MAP și hematocrit sunt optimizați.

xv. Pentru realizarea controlului glicemic se recomandă menținerea glicemiei $< 180 mg/dl$.

xvi. Profilaxia tromboembolia venoasă profundă (DTV) se face cu heparină fracționată administrată subcutan.

xvii. Medicul curant este responsabil de monitorizarea antibioterapiei astfel:

- Schimbarea/ menținerea terapiei - se impune o evaluare de către medicul curant a antibioterapiei după 48-72 ore, în funcție de rezultatul antibiogrammei sau evoluție clinică; laboratorul va anunța de urgență telefonic medicul curant privind situațiile particulare de natură existenței de tulpini bacteriene patogene/ multirezistente.
- Durata tratamentului – va fi stabilit în funcție de criteriul farmacologic și evoluția clinică a pacientului
- Doza, ritm, cale de administrare – vor fi menționate în F.O.C.G. și vor fi stabilite în funcție de criteriul farmacologic
- Stoparea terapiei- va fi stabilită de către medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

Art.305. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documente medicale, contracte de colaborare.

Art.306. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de abordare multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe sunt următorii:

a) Procentul de pacienți decedați din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în aceeași perioadă de referință.

b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogramei, în ultimul an calendaristic încheiat, este de minim 60% din total pacienți internați cărora li s-au administrat antibiotice în aceeași perioadă de referință.

c) Numărul de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă de 0,02% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: pacienți decedați cu infecții severe, pacienți la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogramei, I.A.A.M. raportate.

VIII. 53. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal

Art.307. – Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I are ca principale scopuri:

a) asigurarea procesului de supraveghere, prevenție și limitare a I.A.A.M. și a bolilor transmisibile până la nivelul fiecărei structuri;

b) prezintă măsuri de asigurare a procesului de supraveghere a stării de sănătate a angajaților până la nivelul fiecărei structuri și de prevenire și limitare a I.A.A.M.;

c) asigurarea stabilirii sursei de infecție și carantinarea purtătorilor față de colectivitatea cu risc în cazul focarelor epidemice cu transmitere aeriană.

d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.308. – Etapele procesului de verificare a stării de portaj pentru personal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Depistarea portajului **la angajare** a personalului din cadrul Spitalului este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:

i. Examenul medical la angajare se face în conformitate cu metodologia prevăzută în *HG nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare*¹³. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale (serviciu externalizat) și doar la următoarele categorii de personal:

- Pentru personalul sanitar superior și mediu se verifică:
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
 - Ac anti HIV 1,2
- Pentru infirmiere se verifică:
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
 - Ac anti HIV 1,2
 - Examen coproparazitologic
 - Examen coprobacteriologic
- Pentru angajații în sectorul alimentar se verifică:
 - Examen coproparazitologic

¹³ Denumită în continuare HG 355/2007

- Examen coprobacteriologic
- Pentru angajații din spălătorie se verifică:
 - Examen copro parazitologic
 - Examen coprobacteriologic
- b) Depistarea portajului la examenul medical **periodic** a personalului din cadrul spitalului este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:
 - i. Examenul medical periodic se face în conformitate cu metodologia prevăzută în HG nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului la următoarele categorii de personal:
 - Pentru infirmiere se verifică:
 - Examen copro parazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
 - Pentru angajații în sectorul alimentar se verifică:
 - Examen copro parazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
 - Pentru angajații din spălătorie se verifică:
 - Examen copro parazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
 - c) În situațiile de expunere accidentală la sânge și la alte produse biologice a personalului care lucrează în sistemul sanitar teste efectuate imediat după expunere, în cadrul Laboratorului de analize medicale sunt:
 - AgHBs
 - Ac anti HBs
 - Ac anti HBc
 - Ac anti VHC
 - test HIV

Medicul de medicina muncii care deservește spitalul urmărește seroconversia pentru HIV și/ sau VHB și/sau VHC la persoana expusă, pe baza testelor efectuate imediat după expunere și la 6 luni de la data expunerii în cadrul Laboratorului de analize medicale prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidențialității, conform legislației în vigoare. La nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I medicul de medicina muncii asigură evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.

 - d) În situațiile izbucnirii unor focare epidemice cu transmitere a microbilor pe cale aeriană se verifică portajul de germeni patogeni în căile respiratorii superioare prin efectuarea în cadrul Laboratorului de analize medicale, la recomandarea medicului CPIAAM:
 - Examen bacteriologic/micologic al secreției nazale
 - Examen bacteriologic/micologic al secreției faringiene
 - e) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul C.P.I.A.A.M. în colaborare cu medicul de medicina muncii, prezintă în Consiliul medical un program de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului. După avizarea acestuia de către Consiliul medical, programul de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului se supune aprobării Comitetului director/managerului spitalului în vederea alocării de resurse financiare, după caz.
 - f) Prin grija coordonatorului C.P.I.A.A.M., la nivelul C.P.I.A.A.M. se realizează și se actualizează în permanență o evidență a purtătorilor sănătoși *Staphylococcus aureus*, pe secții și categorii profesionale.
 - g) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul C.P.I.A.A.M. prezintă în Consiliul medical ”Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor” care va cuprinde inclusiv

instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia. De asemenea, acesta va conține responsabilii, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia, fiind aprobat în acest sens și de Comitetul director/managerul spitalului. Printre acțiunile înscrise în respectivul program se vor prevedea în sarcina C.P.I.A.A.M. măsuri de recoltare probe sanitație mâini din fiecare sector de lucru al spitalului. Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat la nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I, prevede instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia, fiind evaluat și analizat cel puțin odată pe an prin grija coordonatorului C.P.I.A.A.M.

Art.309. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: contracte de prestari servicii, legislatia aferenta, Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor.

Art.310. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a stării de portaj pentru personal sunt următorii:

a) Numărul de portaje descoperite la examenul medical periodic reprezintă maxim 2% din totalul examenelor medicale periodice efectuate în ultimul an calendaristic încheiat;

b) Există evidență la zi a numărului de portaje apărute postexpunere accidentală la sânge și la alte produse biologice în ultimul an calendaristic, ținută de către medicul de medicina muncii;

c) Există evidență la zi a persoanelor depistate cu portaj în cazul izbucnirii unor focare epidemice în ultimul an calendaristic încheiat;

d) Numărul de portaje evidențiate în urma evaluărilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar cu privire la portajul de germeni patogeni, în ultimul an calendaristic încheiat este de maxim 5% din numărul total al acestor evaluări efectuate în aceeași perioadă de referință;

e) Numărul de probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv, recoltate din fiecare sector de lucru, în ultimul an calendaristic încheiat este de maxim 3% din numărul total al acestor evaluări efectuate în aceeași perioadă de referință.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: portaje descoperite la examenul medical periodic, portaje apărute postexpunere accidentală, probe sanitație mâini.

VIII. 54. Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic

Art.311. –Reglementarea accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic are ca principale scopuri:

a) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.312. – (1) Etapele procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În situațiile cu risc epidemiologic sau în cazul izbucnirii unor episoade epidemice, C.P.I.A.A.M. întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate, stabilește din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea situației epidemice și propune restricționarea, pe o perioadă determinată, a accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital sau în anumite compartimente.

b) Conduita în rezolvarea situației epidemice este propusă de către C.P.I.A.A.M. în ședință extraordinară a Consiliului medical organizată de către directorul medical.

c) În cadrul ședinței extraordinare a Consiliului medical menționată la litera b), coordonatorul C.P.I.A.A.M. poate propune luarea la nivelul spitalului/compartimentelor a uneia sau mai multora dintre următoarele măsuri:

- limitarea accesului vizitatorilor în spital: 1 vizitator/ pacient, timp de maxim 15 minute, context în care se vor pune afișe la intrarea în spital și în fiecare compartiment.
- restrângerea programului de vizită în spital/ compartimente. Programul orar va fi afișat atât pe ușa de acces din spital/ compartimente cât și pe site-ul Spitalului Salvosan Ciobanca I, prin grija asistentei șefe, respectiv prin grija personalului Compartimentului informatică;
- interzicerea accesului vizitatorilor/ aparținătorilor în situații epidemiologice speciale, determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt (COVID, febră hemoragică, antrax, Ebola, etc);
- purtarea obligatorie a echipamentului de protecție de unică folosință de către vizitatori (halat, măști, botoșei), iar pentru personal echipamentul de protecție specific. Echipamentul de protecție se va ridica din zona de filtru care se găsește la intrarea în fiecare compartiment;
- afișarea de către asistenta șefă la intrarea în spital și în fiecare compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienți/ vizitatori/ aparținători astfel cum au fost acestea stabilite în ședință a Consiliului medical, la propunerea C.P.I.A.A.M.;
- respectarea de către întreg personalul a Precauțiunilor Universale, în vederea prevenirii transmiterii infecțiilor și a apariției de focare nosocomiale;
- asigurarea cu cantități suficiente (sau suplimentare) de săpun, antiseptice și dezinfectante pentru o igienă riguroasă a mâinilor și a mediului de spital;
- efectuarea de către asistenta nominalizată (prin rotație) a unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului fiecărui compartiment medical în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. În acest sens C.P.I.A.A.M. va verifica Registrele de triaj epidemiologic al personalului ;
- efectuarea unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului sectorului alimentar în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al personalului din sectorul alimentar revine personalului C.P.I.A.A.M.;

(2) În situații cu risc epidemiologic C.P.I.A.A.M. instruește medicii și asistenta șefa cu privire la regulile instituite, aprobate în ședință a Consiliului medical. Asistenta șefa are la rândul ei, obligația de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces verbal de instruire.

Art.313.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: procese verbale , afișe, program orar vizite, Precauțiuni Universale, Registre de triaj epidemiologic al personalului.

Art.314. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic sunt următorii:

a) Intervalul de timp necesar C.P.I.A.A.M. de a identifica situațiile cu risc epidemiologic și de a propune măsuri în consecință este maxim 3 ore de la izbucnirea episoadelor epidemice.

b) Amplasarea măsurilor propuse de către C.P.I.A.A.M. este în raport direct cu situațiile concrete cu risc epidemiologic sau episoadele epidemice existente la nivelul spitalului.

c) În situații cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice, toți angajații care fac obiectul sunt scoși temporar din colectivitate.

d) Numărul de cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienților ca urmare a lipsei/ neluării de măsuri corespunzătoare situațiilor cu risc epidemiologic sau în urma izbucnirii unor episoade epidemice în cadrul spitalului, are valoare nulă.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: situațiile cu risc epidemiologic, măsurile propuse de către C.P.I.A.A.M., cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienților.

VIII. 55. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente

Art.315. – Reglementarea procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente are ca principale scopuri:

a) Descrierea modului în care personalul acționează pentru returnarea, retragerea sau blocarea produselor cu suspiciuni de a fi contrafăcute;

b) Eliminarea din circuit a produselor care au neconformități sau blocarea produselor asupra cărora există suspiciuni privind calitatea;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.316. – Etapele procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) monitorizarea permanentă de către farmacistul șef cu care spitalul are încheiat contract a informărilor A.N.M.D.M.;

b) în cazul suspiciunii ca medicamentele să fie contrafăcute, asistenții de farmacie au obligația de a anunța farmacistul șef, care contactează distribuitorul în legătură cu suspiciunea identificată; În cazul în care suspiciunea se confirmă, solicită returnarea produselor, în scris, telefonic și/sau electronic;

c) medicii prescriptori prin medicii șefi de compartiment în urma utilizării medicamentelor la pacienții internați, au obligația de a anunța farmacistul șef cu care spitalul are încheiat contract dacă au suspiciuni în privința autenticității medicamentelor utilizate;

d) produsele în cauză se retrag de către personalul farmaciei de la medicii prescriptori și se depozitează în zona de carantină, special amenajată în depozitul farmaciei;

e) farmacistul șef blochează distribuția respectivului medicament pe spital, sesizează și transmite distribuitorului (după caz, A.N.M.D.M.), orice semnalare a neconformităților sesizate la medicamentele din circuitul farmaciei;

f) dacă suspiciunea se confirmă, produsele sunt predate reprezentantului distribuitorului pe bază de proces-verbal (semnat de farmacistul șef) și/ sau factură de retur,

care se înscriu în registrul de returnări-retrageri; farmacistul șef înregistrează procesul-verbal în registrul de returnări-retrageri și îndosariază respectivul document;

g) farmacistul șef urmărește, pe baza registrului de returnări-retrageri, intrarea în gestiune a facturii fiscale de retur a produselor returnate și/ sau retrase.

Art.317. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: contract de prestari servicii, informări A.N.M.D.M., proces-verbal, registru de returnări, facturi fiscale.

Art.318. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de informări ale A.N.M.D.M. cu acest subiect;

b) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de sesizări ale asistenților de farmacie cu acest subiect;

c) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de sesizări cu acest subiect primite de la medicii prescriptori prin medicii șefi de compartiment.

d) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de sesizări primite/ efectuate.

e) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute returnate distribuitorilor este în raport direct cu numărul acestor medicamente scoase din circuit de către farmacie.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit, numărul de informări ale A.N.M.D.M., numărul de sesizări cu acest subiect.

VIII. 56. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe compartimente

Art.319. - (1) Reglementarea modului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe compartimente are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în spital;
- b) Retragerea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate în vederea reintroducerii acestora în circuitul farmaciei;
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

(2) Un management corect al medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) presupune: aprovizionarea, depozitarea, prescrierea, eliberarea, administrarea în condiții de siguranță și recuperarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe compartimente. În urma acestei activități se respectă înregistrarea corectă a datelor necesare asigurării transabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) returnate.

Art.320. –Etapile procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe compartimente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Medicamentele (inclusiv antibiotice) neutilizate pe compartimente se returnează la solicitarea personalului acestora în farmacia cu care spitalul are contract, pe baza unei

”Solicitări de returnare medicamente/materiale sanitare în Farmacie” aprobat de directorul medical (prevăzut în **Anexa nr. 10 la prezentul Regulament**);

b) Medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) returnate sunt depozitate separat de către personalul farmaciei, într-un loc special amenajat, urmând a fi introduse în gestiunea farmaciei, cu condiția ca ambalajul să nu fie modificat, în vederea asigurării transabilității antibioticului.

c) Pentru o monitorizare corectă a antibioticelor, responsabilul cu farmacistul șef efectuează următoarele activități:

- informează în cadrul Consiliului medical, medicii prescriptorii din structurile medicale și Laboratorul analize medicale cu privire la modificările disponibilității antibioticelor;
- informează Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pe fiecare compartiment;
- asigură existența antibioticelor/antifungicelor utilizate pentru executarea antibiogrammei/antifungigramei.

d) Personalul medical, în situația în care se impune, are acces zilnic la stocul de medicamente din farmacia cu care spitalul are încheiat contract, prin informare telefonică.

În compartimentul IAAM se monitorizează :

- consumul de antibiotice pe cele două compartimente, cantitativ, precum și în DDD;
- consumul de antibiotice pe medic și pe lună și informează Consiliu medical .

Pentru gestionarea medicamentelor expirate pe compartimente, în cadrul spitalului se aplică *”P.O. cu privire la depozitarea, predarea spre distrugere și casarea medicamentelor expirate”* .

Art.321. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: contract de prestări servicii, Solicitări de returnare medicamente/materiale sanitare în Farmacie, consumul de antibiotice, DDD, proceduri interne.

Art.322. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe compartimente sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, procesele-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe compartimente în farmacie cuprind întreaga gamă a medicamentelor necesar a fi returnate;

b) Nu există erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării transabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

procese-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor, erori făcute în timpul înregistrării datelor.

VIII. 57. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate

Art.323. – Reglementarea procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv antibiotice) în spital;

b) Evitarea riscurilor privind erorile ce se pot face la managementul medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital (aprovizionare, recepție, depozitare, eliberare, administrare, returnare);

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.324. (1) Etapele procesului care privește respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Aprovizionarea cu medicamente (inclusiv a unităților de antibiotice).

Comenzile se vor face numai la furnizorii cu care spitalul are încheiate contracte comerciale (conform legislației în vigoare și care îndeplinesc condițiile legale de funcționare), aspect verificat de către farmacistul șef.

În aplicarea reglementării, se desfășoară următoarele activități:

- urmărirea stocurilor în scopul optimizării aprovizionării (se realizează de către asistenții de farmacie);
- organizarea și programarea comenzilor pe furnizori, se realizează de către farmacistul șef;
- controlul realizării comenzilor în timp util, se realizează de către farmacistul șef;

b) Depozitarea va fi organizată în cadrul farmaciei și va respecta condițiile de depozitare impuse de producător (temperatură, grad de luminozitate, umiditate), însă pentru creșterea siguranței se va evita depozitarea în apropiere a medicamentelor cu etichete sau denumiri asemănătoare, în vederea prevenirii eliberării/administrării greșite și pentru facilitarea unei identificări corecte a medicamentelor.

c) Prescrierea medicamentelor se realizează pe condicile de prescripții medicale electronice, parafate de medicii curanți.

d) Prescrierea antibioticelor cu regim special se face cu aprobarea directorului medical, pe baza unui Referat de necesitate pentru medicamentul..... care se atașează foilor de observație. Lista antibioticelor cu regim special este aprobată în ședință a Consiliului medical.

e) Eliberarea condicilor se face de către farmacie, în urma închiderii documentului solicitat de compartimentele medicale; documentul apare roșu pe fond alb, fără a vizualiza prețul și cantitatea eliberată; după eliberarea condicii cu medicamente (inclusiv a unităților de antibiotice) de către farmacie, se schimbă culoarea (negru pe alb), apare prețul și cantitatea în momentul afișării documentului.

Modalități de eliberare:

- eliberarea nominală: plecând de la prescrierea medicală, medicamentele sunt pregătite individual, pentru fiecare pacient, notându-se numele acestuia și numărul foii de observație, pe o durată determinată (24-72 h), pentru antibioticele orale, existând riscul de a nu fi identificate corect;
- eliberarea scriptică: medicamentele (inclusiv antibioticele) sunt eliberate pe baza unei solicitări scrise făcute de compartimentele medicale, atunci când nu funcționează sistemul informatic de gestiune al farmaciei.

Ora eliberării antibioticelor din farmacie este consemnată în condicile de prescripții medicale și în foile de observații.

Compartimentele medicale au obligația de a trimite, în timp util, condicile de prescripții medicale în format electronic, pentru a asigura respectarea ritmului de administrare al antibioticelor din partea farmaciei și, de asemenea, după pregătirea condicilor electronice, au

obligația de a ridica condica în maxim 15 minute după ce au fost anunțate, pentru a evita riscul neadministrării la timp a antibioticelor.

Protocol privind eliberarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor):

1. primirea condicii de prescripții medicale:

- verificarea antetului compartimentului medical și a parafei medicului curant;
- verificarea valabilității condicii (data);
- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, a duratei de prescriere a condicii;
- identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele;
- în cazul în care se efectuează o substituție, se cere acordul medicului prescriptor.

2. analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:

- identificarea claselor farmacologice din care fac parte antibioticele prescrise;
- verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
- evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
- depistarea eventualelor erori de prescriere.

3. pregătirea medicamentelor pentru eliberare:

- medicamentele sunt aduse pe masa de eliberare din oficiu;
- se verifică integritatea ambalajelor și termenul de valabilitate pe durata utilizării;
- în cazul în care antibioticele nu se eliberează în ambalajul original, reambalarea acestora se face în ambalaje de bună calitate, pe care se inscripționează: foaia de observație, denumirea medicamentului, cantitatea eliberată, condiții speciale de păstrare.

4. finalizarea eliberării condicilor de prescripții medicale:

- medicamentele sunt predate delegatului compartimentului prescriptor, care semnează de primire; un exemplar al condicii rămâne în farmacie, al doilea exemplar fiind returnat compartimentului.

f) Administrarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) - Administrarea în condiții de siguranță pleacă de la premisa că cel care administrează posedă cunoștințe temeinice despre antibioticul în cauză, a verificat indicația medicului, cunoaște posibilele incompatibilități și a identificat corect pacientul.

Măsuri de prevenire a erorilor:

- verificarea indicației: doza, calea de administrare, orar de administrare;
- este obligatorie tripla verificare înainte de administrare: la deschiderea fiolei sau a flaconului perfuzabil, la încărcarea seringii sau la punerea trusei de perfuzie, la aruncarea fiolei sparte sau a flaconului;
- verificarea termenului de valabilitate al antibioticului;
- identificarea corectă a pacientului;
- dozarea corectă a medicamentului (inclusiv a antibioticului);
- verificarea periodică a funcționalității liniei de administrare în cazul administrării prin perfuzie sau pe injectomat;
- asigurarea unui mediu de lucru cu lumină adecvată, lipsit de factori perturbatori: zgomot, distragerea atenției, întreruperi etc.

În situația unei erori de administrare, se anunță imediat medicul. Este momentul în care se poate interveni pentru minimizarea efectelor dăunătoare pentru pacient, iar gestul de recunoaștere nu presupune sancționarea celui în cauză. Analiza ulterioară a circumstanțelor va servi ca model pentru evitarea incidentului pe viitor.

g) Returnarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în farmacie – se desfășoară conform reglementării ” Modalitati de recuperare a medicamentelor, inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe sectii” din prezentul Regulament.

(2) La nivelul spitalului sunt definite și comunicate medicilor curanți ”*Lista cu antibiotice de rezervă/ cu regim special*”, „*Lista cu antibiotice pentru antibiopprofilaxie*” și ”*Lista antibioticelor oprite temporar de la utilizare*”, în funcție de antibioticorezistența analizată periodic prin grija unui grup de lucru format din: directorul medical, șeful laboratorului analize medicale, coordonatorul C.P.I.A.A.M. și șeful farmaciei.

(3) Responsabilitățile personalului spitalului care privesc asigurarea trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) sunt următoarele:

- medic coordonator: verifică respectarea regulilor de bună practică, asigură instruirea periodică a personalului în privința administrării în siguranță a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) și returnarea celor neutilizate.

- medic prescriptor: indică în FOCG tratamentul specificând în clar: medicamentul, doza, concentrația, orarul de administrare.

- registratorul medical: scrie condica electronică, preia de la farmacie medicația, administrează medicația, aplică metodele de prevenire a erorilor de administrare și returnează antibioticele neutilizate.

- farmacistul șef: verifică respectarea regulilor de bună practică în farmacie și întocmește informări statistice pe care le prezintă în ședință de Consiliu medical pentru a fi cunoscute atât de către medicii din structurile medicale cât și de personalul Laboratorului analize medicale.

- asistenții de farmacie: depozitează, eliberează medicația, respectă regulile de bună practică.

Art.325. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: contracte comerciale, condici de prescripții medicale, Lista antibioticelor cu regim special, Lista cu antibiotice pentru antibiopprofilaxie” și ”Lista antibioticelor oprite temporar de la utilizare”, formulare de solicitari specifice.

Art.326. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, procesele-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe compartimentele medicale în farmacie cuprind întreaga gamă a medicamentelor necesar a fi returnate;

b) Nu există erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: procese-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor, erori făcute în timpul înregistrării datelor.

VIII. 58. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile

Art.327. – Reglementarea procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile are ca principale scopuri:

a) Asigurarea respectării drepturilor pacienților internați privind furnizarea unor produse și servicii farmaceutice de calitate;

- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.328. – (1) Etapele procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Verificarea condiții de către șeful de compartiment și respingerea medicamentelor incompatibile se va realiza de către acesta cu respectarea prevederilor înscrise în reglementarea: *Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor*” din prezentul Regulament.

b) Primirea condiții de prescripții medicale de către personalul farmaciei, ocazie cu care se desfășoară următoarele activități:

- verificarea antetului spitalului solicitante, a parafei medicului șef de compartiment;
- verificarea valabilității condiții (data);
- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, duratei de prescriere a condiții;
- identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele

c) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:

- identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
- verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
- evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
- depistarea eventualelor erori de prescriere.

d) Respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile presupune ca, în urma analizei terapiei medicamentoase, efectuate de către farmacistul/ farmacistul șef, dacă se constată prescrierea de medicamente incompatibile, se ia legătura cu medicul prescriptor și, de comun acord cu acesta, se elimină din condica de prescripții medicale produsele respective, iar ulterior aceasta, pregătită pentru eliberare, se introduce în sistemul informatic;

(2) Informațiile privind incompatibilitățile în soluții, injectabile sau perfuzabile și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse, sunt disponibile permanent pentru personalul medical, în farmacie existând prospectele pentru fiecare medicament din stocul unității.

(3) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei cu care spitalul are încheiat contract, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind respingerea medicamentelor incompatibile, care se prezintă în Consiliul medical.

(4) Responsabilitatea aplicării procedurii de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile în farmacie revine în exclusivitate personalului specializat și posesor al dreptului de liberă practică.

Art.329. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: reglementări interne, condiții, prescripții medicale, informații privind incompatibilitățile în soluții.

Art.330. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile sunt următorii:

a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de situații în care a fost respinsă distribuția de medicamente incompatibile de farmacia cu care spitalul are încheiat contract, este în raport direct cu numărul de situații care au reclamat această conduită.

b) Numărul de E.A.A.A.M. cu consecințe clinice cauzate de prescrierea de medicamente incompatibile este egal cu 0 (zero) în ultimul an calendaristic încheiat.

c) Numărul de instruiți efectuate cu privire la identificarea incompatibilităților este în raport direct cu numărul de instruiți planificate pe această temă în ultimul an calendaristic încheiat.

d) Numărul de reclamații ale pacienților cu privire la efectele nedorite ale prescrierii și tratamentului cu medicamente incompatibile, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: numărul de situații în care a fost respinsă distribuția de medicamente incompatibile, număr de E.A.A.A.M., număr de instruiți, număr de reclamații.

VIII. 59. Controlul calității hranei

Art.331. – Reglementarea procesului de control al calității hranei preparate are ca principale scopuri:

a) Stabilirea de responsabilități clare care să asigure îndeplinirea cerințelor care privesc cantitatea și calitatea hranei preparate în cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I;

b) Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind condițiile de hrănire asigurate pe perioada internării;

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.332. – Etapele procesului de control al calității hranei preparate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Controlul calității hranei se face zilnic vizual (aspect, ambalaj,etc.) și organoleptic(miros, gust) la fiecare masă prin degustarea felurilor de mâncare, înainte de distribuirea pe compartimente, de către reponsabilii nominalizați, astfel:

○ responsabilul cu dieta și nutriția;

○ medicul coordonator pe spital, nominalizat prin decizie a managerului.

b) În afară de persoanele menționate mai sus are dreptul să guste din hrana gata preparată managerul spitalului și personalul care organizează, îndrumă și controlează hrănirea în unitate, după cum urmează:

○ Gestionarul;

○ Asistenta sefa.

c) La terminarea procesului de preparare a hranei bucătarul care a preparat hrana, din firmei de catering cu care spitalul are încheiat contract va recolta probe din fiecare fel de mâncare, probe care se păstrează 48 de ore .

d) Verificarea calității hranei se face din fiecare vas în care s-a preparat mâncare urmărindu-se:

○ dacă felul de mâncare este gata pentru a fi servit;

○ dacă are gust și miros plăcut.

e) În cazul în care se constată că hrana nu este conformă (are un miros sau gust neplăcut) se instituie o comisie formată din:

Președinte: directorul firmei de catering cu care spitalul are contract

Membrii: - bucătarul care a preparat mâncarea

- responsabilul cu dieta și nutriția;

- medicul coordonator pe spital, nominalizat prin decizie a managerului.

care sistează distribuirea felurilor de hrană neconforme din cadrul meniului pe compartimente și dispune într-o primă etapă pregătirea unui meniu în regim de urgență compus, după caz, astfel:

- meniu cald: felul 1: supă de legume cu tăiței
felul 2: pilaf de orez cu polonez (crenwurst sau salam de vară)
- meniu rece: ou fiert, brânză pizza, iaurt.

f) Ulterior comisia mai sus-nominalizată identifică cauzele care au condus la neasigurarea cantitativă și/ sau calitativă a felului/ felurilor de hrană și întocmește un proces-verbal de constatare prin care propune managerului spitalului măsuri, după caz.

Art.333. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- Materii prime
- Ustensile/vesela
- Ambalaje de unica folosinta pentru livrarea hranei
- Toate tipurile de ambalaje necesare colectării tuturor categoriilor de deșeuri menționate în prezenta reglementare
- Totalitatea contractelor de prestări servicii cu operatori economici autorizați în furnizarea hranei și în transportul/eliminarea tuturor categoriilor de deșeuri menționate în prezenta reglementare.

Art.334. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de control al calității hranei preparate sunt următorii:

a) Pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, numărul de toxiiinfecții alimentare produse are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect cantitatea și calitatea hranei servite are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat;

c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare compartiment în parte referitor la calitatea hranei servite este consemnat permanent în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților, valorile minime admise ale acestuia fiind de 80% în partea care privește calificativele de bine și foarte bine.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

- numărul IAAM cauzate de deficiențele procesului de alimentare a pacienților
- numărul EAAM determinate de deficiențele procesului de alimentare
- numărul sugestiilor/reclamațiilor privind alimentatia pacientului

VIII. 60. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș

Art.335. – Reglementarea procesului de înlăturare a gheții/ zăpezii din incinta unitatii medicale, eliberarea a căilor de acces și prevenirea căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș are ca principale scopuri:

- a) Stabilește atribuții clare pentru personalul Spitalului *SC Salvosan Ciobanca I* cu responsabilități în înlăturarea gheții/ zăpezii din apropierea unitatii precum și a zăpezii și gheții de pe acoperiș;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.336. – Etapele procesului de înlăturare a gheții/ zăpezii, eliberarea căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, directorul executiv anunță responsabilul SSM, care împreună cu personalul desemnat de conducătorul unitatii ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor/ depunerilor de zăpadă/ gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a directorului executiv.
- b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului / sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, asistenta medicala de serviciu pe spital anunță managerul spitalului. Managerul spitalului dispune în sarcina directorului executiv să mobilizeze formațiunea lucru și întreținere clădiri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a directorului executiv.
- c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de țurțuri mari de gheață pe streșinile acoperișului spitalului, directorul executiv, din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului, va anunța telefonic echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Salaj în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.
- d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Salaj , directorul executiv din proprie inițiativă, va coordona activitatea personalului din cadrul formațiunii lucru și întreținere clădiri care, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii va instala afișe de atenționare și va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului.
- e) După intervenția de îndepărtare a țurțurilor de pe streșinile spitalului de către echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Salaj , directorul executiv va coordona formațiunea de lucru și întreținere clădiri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii țurțuri.

Art.337. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: afișe, bandă alb-roșie.

Art.338. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de înlăturare a gheții/ zăpezii din incintă și eliberarea căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș sunt următorii:

- a) Numărul de situații în ultimul an calendaristic încheiat în care a fost solicitat sprijinul personalului formațiunii de lucru și întreținere clădiri în vederea înlăturării gheții/zăpezii din curte și eliberarea căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș este direct proportional cu numărul de situații în care s-a impus această conduită;
- b) Număr maxim de accidente cauzate de căderea pe gheață în jurul unitatii medicale a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului este de maxim 1/zi cu condiții propice formării gheții (ulterior luându-se măsuri de îndepărtare a gheții);

c) Nu se admit situații de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișurile clădirilor spitalului;

d) Nu sunt admise pagube materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în fata spitalului, determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului.;

e) Nu sunt înregistrate procese penale sau de amenzi administrative deschise/date personalului spitalului cauzate de producerea unor accidente sau a unor pagube materiale determinate de căderea pe gheață în apropierea unitatii medicale a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirile spitalului sau avarierea de bunuri cauzate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

situații, în ultimul an calendaristic încheiat, în care a fost solicitat sprijinul personalului formațiunii de lucru și întreținere, accidente cauzate de căderea pe gheață în jurul unitatii medicale, pagube materiale cauzate autovehiculelor care staționează, procese penale sau amenzi administrative.

VIII. 61. Reglementare privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie, inclusiv în caz de situații excepționale

Art.339. – Reglementarea procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie, inclusiv în caz de situații excepționale are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea condițiilor de securitate și sănătate în muncă și prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale determinate de utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie ;
- b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.340. – (1) În cadrul spitalului există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc de explozie

Compartiment specialitati medicale

Compartiment Ingrijiri paliative

Art.341. – (1) Etapele procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie inclusiv în caz de situații excepționale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Deservirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este executată de personalul care este încadrat în cadrul cabinetelor sau locurilor de muncă specifice, respectându-se normele de securitate a muncii generale precum și cele specifice Spitalului SC Salvosan Ciobanca I SRL
- b) În caz de situații excepționale/de urgență, precum și în cazul în care se constată o scurgere la unul din echipamentele și recipientele cu risc de explozie personalul care deservește echipamentul sau recipientul respectiv întrerupe activitatea și alimentarea respectivului echipament, întrerupând în același timp alimentarea cu energie electrică.

După efectuarea acestor activități anunță imediat personalul autorizat pentru repararea sau ridicarea lui de la locul de muncă.

- c) Depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie se face în conformitate cu reglementările în vigoare în spații special destinate, construite și amenajate în conformitate cu legislația în vigoare, în încăperi independente, neetajate sau în aer liber (construcție semideschisă de tip șopron îngrădit executat din materiale necombustibile, care protejează recipientii împotriva razelor solare, intemperiilor și/sau intervenției persoanelor străine). În cazul depozitării în încăperi, ușile trebuie să se deschidă spre exterior, iar geamurile să fie mate sau vopsite în alb. Recipientele vor fi depozitate cu capacul de la racordul robinetului și capacul de protecție înșurubate. Depozitarea recipientelor în locuri umede sau în mediu cu acțiune corozivă asupra materialului din care este construit este interzisă. De asemenea este interzis a se depozita recipientele în spații liber accesibile, pe scări, holuri, ganguri sau camere cu circulație de persoane.
- d) Managerul spitalului organizează, conduce, controlează și răspunde pentru activitatea de apărare împotriva incendiilor la clădirile, spațiile și instalațiile tehnologice pe care le dețin cu orice titlu și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.
- e) Responsabilul cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se subordonează managerului spitalului și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.
- f) La nivelul Spitalului SC Salvosan Ciobanca I SRL sunt nominalizate prin decizie responsabili cu atribuții pe linia utilizării, manipulării și depozitării substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie, care are următoarele obligații în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie :
 - ia măsuri de înlăturare imediată a stărilor de pericol și a cauzelor cu risc de explozie constatate și raportează operativ managerului spitalului situațiile respective;
 - interzice folosirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie ce ar putea provoca accidente de muncă.
 - verifică cu regularitate, respectarea de către personalul spitalului a normelor de securitate a muncii.
- g) Recipientele pot fi utilizate numai pentru acel gaz pentru care au fost construite și verificate și a cărui denumire este înscrisă pe recipient. Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este obligat:
 - să utilizeze substanțele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de securitate a muncii și apărare împotriva incendiilor la locul de muncă;
 - să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la echipamentele și recipientele cu risc de explozie;
 - în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie .

- h) Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este obligat:
- să utilizeze substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de apărare împotriva incendiilor specifice locului de muncă;
 - în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie;
 - să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la sistemele și instalațiile de apărare împotriva incendiilor.
- (2) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, instruirea personalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie se va realiza după caz, de către responsabilul SSM și/sau conducătorului locului de muncă, prin următoarele instrucțiuni:
- a) Instrucțiunile specifice la locul de muncă în cadrul cărora se vor prezenta :
- caracteristicile fizico-chimice ale substanțelor, materialelor și produselor utilizate la locul de muncă ;
 - condițiile ce determină sau favorizează producerea accidentelor și cauzele potențiale de incendiu specifice locului de muncă ;
 - descrierea, funcționarea , monitorizarea, și modul de intervenție la instalațiile și sistemele de siguranță ale mașinilor și utilajelor de la locurile de muncă
 - concepția de intervenție la producerea unei situații de urgență
 - sarcini specifice de intervenție în situația apariției unui incendiu.
- b) Instrucțiunile speciale pentru lucrări periculoase se execută înainte de începerea unor lucrări în timpul cărora pot apărea situații generatoare de incendiu din cauza manifestării unor surse specifice de aprindere. Lucrările care fac obiectul acestui instructaj, se referă în principal la:
- executarea unor operațiuni de manevră ori de comandă a unor instalații sau utilaje tehnologice de importanță ori intervenția asupra acestora;
 - lucrări de reparații sau întreținere, distrugere a unor deșeuri sau reziduuri periculoase pentru viața oamenilor sau a mediului;
 - prelevarea de probe din recipiente sau instalații care conțin substanțe periculoase;
 - lucrări de sudare;
 - lucrări de tăiere sau lipire cu flacără;
 - lucrări care pot provoca scântei mecanice;
 - lucrări care pot provoca scântei și arcuri electrice;
 - lucrări la care se utilizează foc deschis;
 - depozitarea, manipularea și transportul de substanțe/ materiale periculoase;
 - curățarea interioară a unor vase, recipiente sau sisteme de evacuare în care au fost stocate, prelucrate ori vehiculate produse combustibile.

Art.342. – În situații excepționale - dezastre naturale, incendii, căderi de obiecte cosmice, acțiuni teroriste (atac cibernetic, luare de ostatici, amenințare cu bombă), acțiuni de dezordine publică, atac armat asupra obiectivului, sau alte situații neprevăzute / nereglementate, dacă:

- a) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie, nu sunt afectate/implicate:

- se informează factorii decidenți despre situația apărută;
- personalul își continuă activitatea normal, conform specificațiilor de la articolele anterioare;
- se solicită acțiunea personalului de intervenție și se adoptă măsuri suplimentare de asigurare a securității personalului, activităților specifice, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie;

b) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie, sunt afectate/implicate, precum și în situații în care personalul de deservire și/sau cu responsabilități este afectat sau este în imposibilitate de a-și îndeplini atribuțiile:

- la ordinul și conform precizărilor managerului (înlocuitorului legal), se solicită intervenția structurilor specializate prin apelare telefonică la numărul unic de urgență 112 sau 1911 (în cazul atacurilor cibernetice), fiind puse în aplicare protocoalele de cooperare și planurile de acțiune comune specifice situațiilor apărute;
- personalul din echipele de intervenție ia măsuri de identificare, izolare, conservare și protejare a personalului și/sau zonelor afectate/implicate;

În ambele cazuri, după restabilirea situației normale, se execută o analiză post-acțiune/intervenție, iar dacă se impune, se stabilesc măsuri de revizuire a prezentelor reglementări.

Art.343. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: echipamente și recipiente cu risc de explozie, situații excepționale/de urgență, reglementări în vigoare, decizii, instruiri, protocoale de cooperare.

Art.344. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie sunt următorii:

a) Nu sunt înregistrate accidente de muncă determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Nu sunt înregistrate boli profesionale determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie în ultimul an calendaristic încheiat.

c) Numărul de instruiri privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie în ultimul an calendaristic încheiat este direct proportional sau mai mare față de numărul de astfel de instruiri planificate.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

accidente de muncă determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie, boli profesionale determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie, instruiri privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie.

VIII. 62. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

Art.345. – Reglementarea procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia are ca principale scopuri:

a) Constituirea la nivelul spitalului a unei rezerve de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.

b) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.346. – Etapele procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul spitalului Comitetul director, a stabilit ca locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare – spațiul aflat la etajul doi în vecinătate cu biroul managerului, etajul trei în capatul holului în corpul trei iar locația pentru constituirea depozitului de calamități pentru medicamente și materiale sanitare se afla în incinta farmaciei, cu care spitalul are încheiat contract, farmacie situată în incinta clădirii care deservește spitalul.

b) În baza aceleiași decizii a Comitetului director menționată la lit. a) a fost aprobată ”*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialelor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități*”. Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea directorului executiv și a șefului farmaciei cu care spitalul are încheiat contract de colaborare.

c) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități situat la etajele sus menționate, iar locația pentru constituirea depozitului de calamități pentru medicamente și materiale sanitare se afla în incinta farmaciei, cu care spitalul are încheiat contract, farmacie situată în incinta clădirii care deservește spitalul este atribuită responsabilului SSM/PSI, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia cu care spitalul are încheiat contract este atribuită șefului farmaciei.

d) Medicamentele și materialele sanitare aflate în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei cu care spitalul are contract de colaborare (în dulapuri inscripționate în acest sens) vor fi monitorizate lunar de către un asistent farmacist nominalizat de șeful farmaciei.

e) În cazul în care se constată că în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei cu care spitalul are contract de colaborare există medicamente sau materiale sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, asistentul de farmacie nominalizat va informa pe șeful farmaciei despre acest lucru, acesta din urmă va lua măsuri pentru preschimbarea lor, dacă există în stoc, sau va întocmi documentele necesare în vederea achiziționării lor.

f) Medicamente și/sau materialele sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, care au fost preschimbate din depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei cu care spitalul are contract de colaborare vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija șefului farmaciei.

Art.347. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: resursa de rezervă din depozitul pentru calamități, contracte de prestări servicii, Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialelor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități.

Art.348. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia sunt următorii:

a) Se asigură permanent în cadrul depozitului de calamități toate produsele înscrise în ”*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialelor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități*” aprobată de către Comitetul director.

b) Se asigură permanent rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialelor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități, date privind rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului.

VIII. 63. Modul de realizare al meniurilor zilnice

Art.349. – Reglementarea modalității de realizare al meniurilor zilnice are ca principale scopuri:

- a) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie stabilită în concordanță cu recomandările igienico-dietetice corespunzătoare patologiei fiecăruia dintre aceștia;
- b) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie adaptate în concordanță cu convingerile proprii sau exprimate de către fiecare dintre aceștia;
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.350. – Etapele modalității de realizare al meniurilor zilnice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți.
- b) Dieta zilnică recomandată pacienților de către medicii curanți va ține cont de patologia și alergiile pacienților precizate în F.O.C.G.
- c) La solicitarea expresă a pacientului adresată medicilor curanți vor fi asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacienți, în măsura în care acestea nu contravin patologiei și alergiilor pacienților precizate în F.O.C.G.
- d) *Situația zilnică cu mișcarea bolnavilor, (internati/externati), evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor este realizată de asistenta șefa în baza înscrisurilor din F.O.C.G. și este transmisă zilnic până la ora 10.00.*
- e) În cazul sosirii în Spitalul Salvosan Ciobanca I a unor efective mai mari de pacienți înainte de masă, responsabilul cu întocmirea notelor de distribuție va întocmi o notă de distribuție suplimentară.
- f) Medicul de boli nutritive și diabet/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește meniurile a meselor ce urmează a fi servite (dimineața/gustare, prânz, seara) raportat la „Situațiile...” menționate la lit. d) întocmită de către asistenta șefa.
- g) Medicul de boli nutritive și diabet/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește meniu săptămânal și îl prezintă managerului spre aprobare.

Art.351. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele:

- alimente neprocesate, semipreparate și finite

- totalitatea dispozitivelor necesare pentru pregătirea hranei aflate în dotarea firmei contractante
- echipament de protecție
- materiale de curățenie, dezinfectie
- toate tipurile de containere, pubele, cărucioare necesare stocării și transportului tuturor tipurilor de deșuri menționate în prezenta reglementare
- totalitatea contractelor de prestări servicii cu operatori economici autorizați în furnizarea hranei și în transportul/eliminarea tuturor categoriilor de deșuri menționate în prezenta reglementare.

Art.352. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul F.O.C.G. cu alergii consemnate și numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare de minim 90% conform eșantionării stabilite;

b) Numărul de „Situția zilnică cu mișcarea bolnavilor, (internati/externati), evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor” întocmite de către asistenta șefa în care au fost preluate informațiile privind dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți este în raport direct cu numărul de situații în care respectivele formulare este necesar să conțină astfel de informații;

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele:

- documente aferente alimentației pacientului: FOCC, meniuri zilnice, mișcarea bolnavilor
- alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor misiuni de audit etc

VIII. 64. Reglementarea privind modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă

Art.353. – (1) Reglementarea procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea responsabilităților privind întocmirea, avizarea și aprobarea și transmiterea documentelor aferente acestei activități.
- b) Eliminarea/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art. 354. – (1) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentul de muncă este vătămarea violentă a organismului, precum și intoxicația acută profesională, care au loc în timpul procesului de muncă sau în îndeplinirea îndatoririlor de serviciu și care provoacă incapacitate temporară de muncă de cel puțin 3 zile calendaristice, invaliditate ori deces. Accidentul de muncă poate fi:

- a) accidentul care produce incapacitate temporară de muncă – accidentul care determină întreruperea activității persoanei respective pe o durată de cel puțin 3 zile calendaristice consecutive, confirmată prin certificat/scutire medicală/ă;
- b) accidentul de muncă care produce invaliditate – accidentul care determină pierderea totală sau parțială a capacității de muncă, confirmată prin decizie de încadrare într-un grad de invaliditate, emisă de organele medicale în drept;
- c) accidentul de muncă mortal – accidentul ce presupune decesul accidentatului imediat sau după un interval de timp, dacă acesta este confirmat, în baza unui act medico-legal, ca fiind urmare a accidentului suferit;

d) accidentul de muncă colectiv – accidentul care a determinat accidentarea a cel puțin 3 persoane în același timp și din aceleași cauze.

(2) Etapele procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Fiecare dintre membrii personalului Spitalului Salvosan Ciobanca I are obligația să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidentele suferite de propria persoană.

b) Responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă încadrat la nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I are obligația să țină evidența accidentelor de muncă ce au ca urmare o incapacitate de muncă mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor ușoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum și a accidentelor de muncă, astfel cum sunt definite la art. 5 lit. g) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare.

c) Cercetarea, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale produse în Spitalului Salvosan Ciobanca I se efectuează la nivelul acestuia prin aplicarea prevederilor art. 50 alin. (2) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare.

d) Managerul spitalului este obligat să informeze organul de urmărire penală competent, imediat ce a luat la cunoștință de producerea accidentului de muncă (atunci când se presupune că motivele producerii accidentului de muncă sunt ca urmare a săvârșirii unei fapte penale), luând măsuri după caz pentru conservarea probelor, și interzicerea accesului oricăror persoane la locul faptei, înainte de sosirea organului de cercetare penală la locul sau a procurorului, cu excepția celor care acordă primul ajutor victimelor sau iau alte măsuri ce nu suportă amânare.

e) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentele de muncă se cercetează de o comisie stabilită prin decizie de managerul spitalului. Din comisia de cercetare face parte personalul cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul. La cercetarea accidentului nu pot participa persoanele implicate în producerea acestuia. Pe timpul cercetării, dacă situația impune, comisia solicită sprijinul organelor de cercetare penală, iar pentru investigațiile de strictă specialitate structurilor abilitate Ministerului Afacerilor Interne.

f) Concluziile comisiei de cercetare se prezintă managerului spitalului în termen de 15 zile calendaristice de la data săvârșirii accidentului sau, după caz, de la data luării la cunoștință despre accidentul respectiv și sunt cuprinse în procesul-verbal de cercetare al accidentului de muncă, document în baza căruia se realizează înregistrarea respectivului accident de muncă la nivelul spitalului de către responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă.

g) În cazul în care managerul spitalului este implicat în săvârșirea unui accident, comisia de cercetare este numită de către forul tutelar al spitalului.

h) La producerea unui accident de muncă șeful compartimentului medicale consemnează principalele date despre accident în registrul de predare-primire a serviciului înscriind în principal următoarele: ora săvârșirii accidentului, împrejurările în care s-a produs, personalul implicat în accident, urmările accidentului, primele măsuri luate, ora la care managerul spitalului a luat la cunoștință despre producerea accidentului, măsurile dispuse de către managerul spitalului, ora la parchetul de pe lângă instanța competentă a fost informat cu privire la producerea accidentului, potrivit legislației în vigoare.

Art.355. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: analize, reglementări în vigoare, decizii, declarații.

Art.356. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă sunt următorii:

a) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proporțional cu numărul total de accidente de muncă raportate de responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă în anul calendaristic precedent.

b) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului care au fost raportate de membrii personalului spitalului care au suferit respectivele accidente, este direct proporțional cu numărul total de accidente de muncă raportate în anul calendaristic precedent.

c) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost nominalizat personal cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul, este direct proporțional cu numărul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

d) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, este direct proporțional cu totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

e) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost transmis raport ca urmare a săvârșirii unui accident în termenul legal, este direct proporțional cu totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: accidente de muncă produse la nivelul spitalului, procese verbale, rapoarte.

VIII. 65. Circuitul documentelor în cadrul spitalului

Art.357. – Reglementarea circuitului documentelor în cadrul Spitalului are ca principale scopuri:

a) Implementarea la nivelul instituției a legislației naționale și departamentale privind gestionarea documentelor;

b) Asigurarea protecției, confidențialității, disponibilității și accesibilității informațiilor cu respectarea principiului necesității de a cunoaște;

c) Cunoașterea permanentă a transabilității documentelor emise/primate de/în instituție;

d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.358. – (1) Protecția documentelor/informațiilor în spital are la bază:

a) Respectarea regulilor privind redactarea, evidența, multiplicarea, manipularea, păstrarea, transmiterea, împachetarea, transportul și distrugerea documentelor;

b) Respectarea regulilor privind evidența și lucrul cu mediile de stocare a informațiilor;

c) Respectarea regulii birou curat;

d) Respectarea regulilor privind păstrarea confidențialității conținutului documentelor;

e) Interzicerea utilizării, pentru transmiterea informațiilor, mijloacelor electronice neprotejate;

f) Respectarea regulilor privind transportul documentelor;

g) Evitarea discuțiilor despre probleme confidențiale în locuri publice;

h) Evitarea prezentării unor informații care, combinate, pot alcătui o imagine completă a unor probleme confidențiale;

i) Respectarea cu strictețe a reglementărilor în domeniu în cazul procesării, stocării sau transmiterii unei informații prin sistemul informațional sau de comunicații;

j) Respectarea reglementărilor privind asigurarea măsurilor de protecție fizică;
k) Respectarea reglementărilor privind managementului cheilor/parolelor de acces în incinte/încăperi în care se gestionează informații confidențiale/cu caracter personal ori de acces în sisteme care procesează informații confidențiale/cu caracter personal.

Art.359. – (1) Măsurile organizatorice stabilite la nivelul spitalului în partea care se referă la circuitul documentelor sunt următoarele:

Activitatea de preluare/diseminare a documentelor este comuna pentru Salvosan Ciobanca SRL si Salvosan Ciobanca I .

În ziua primirii corespondentei, persoana desemnata selectioneaza, inregistrează și distribuie structurilor carora li se adresează.

În situația în care există urgențe, se prioritizează înregistrarea documentelor respective

(2) – Protecția documentelor la nivelul spitalului, presupune:

a) Documentele se înregistrează, obligatoriu în evidențele Spitalului precum și la nivelul altor structuri ale spitalului stabilite prin decizie a managerului.

b) Unitățile arhivistice constituite în cadrul Spitalului se păstrează în încăperile special amenajate, care corespund normelor de protecție fizică prevăzute de legislația în vigoare. Consultarea documentelor care au fost arhivate se face numai după ce în prealabil a fost obținută aprobarea managerului în registrul special destinat.

c) Protecția fizică a informațiilor se asigură în scopul de a interzice accesul neautorizat, clandestin sau prin forță la acestea, pentru a detecta și împiedica acțiunile subversive și pentru a preveni orice alte situații, împrejurări sau fapte de natură a periclita ori compromite securitatea informațiilor.

d) În timpul programului, protecția fizică se realizează de către personalul care încadrează structurile Spitalului.

e) În afara orelor de program, ușile încăperilor se închid.

f) La începerea programului, în cazul în care se constată violarea încuietorilor, nu se mai deschide încăperea respectiv, se instalează pază și se informează imediat managerul care dispune măsurile ce se impun.

(3) Primirea corespondenței în cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I se poate realiza astfel:

a) Letric sau pe suporturi electronice de informație, la registratură, prin Poșta Română și prin alte firme specializate de curierat;

Prin fax sau e-mail, doar corespondența care nu conține informații confidențiale, la:

E-mail: salvosan@salvosan.ro Fax: 0260- 610016

(4) Corespondența primită se prezintă de către persoana desemnata, directorului executiv al spitalului. Acesta o va analiza și va consemna rezoluții pe documente.

(5) Circuitul documentelor în cadrul spitalului presupune următoarele responsabilități:

a) Persoana desemnata desfășoară următoarele activități:

i. primește documentele sosite pe adresa spitalului și verifică integritatea ambalajelor în care acestea au fost împachetate, precum și cele întocmite de personalul spitalului;

ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;

iii. înregistrează documentele primite în ordine cronologică, notează pe scurt conținutul și menționează compartimentul carora le-a fost repartizat pe baza rezoluției înscrise pe ele de către directorul executiv al spitalului

iv. distribuie documentele persoanei/compartimentului nominalizat.

v. dacă actele sunt primite de la cetățeni, numărul de înregistrare se comunică pe loc petentului.

vi. Este interzisă înregistrarea documentelor/petițiilor prin telefon.

vii. Este interzisă circulația actelor neinregistrate.

- b) Persoana căruia i-au fost repartizate documentele desfășoară următoarele activități:
 - i. se prezintă pentru ridicarea documentelor;
 - ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
 - iii. semnează de primirea documentelor în Registrul pentru evidența documentelor;
 - iv. rezolvă documentele, conform termenelor și rezoluției de pe acestea, respectând măsurile de protecție al informațiilor conținute și prevederile legale referitoare la datele cu caracter personal.
 - v. după soluționare, arhiveaza documentul, după caz.
- c) Alte reguli privind circuitul documentelor:
 - i. Documentele adresate managerului Spitalului, se prezintă acestuia de către personalul desemnat, iar după înscrierea rezoluției pe acestea, se înapoiază la registratură, pentru a fi distribuite spre soluționare, personalului nominalizat pe acestea.
 - ii. Documentele elaborate de personalul unitatii se predau la registratură pentru înregistrare după ce acestea sunt semnate și ștampilate de către persoanele în drept.
 - iii. Orice situație de compromitere a informațiilor, face obiectul informării imediate a managerului.

(6) În situația în care răspunderea pentru elaborarea răspunsului sau desfășurarea unor activități privește mai multe compartimente/persoane din cadrul Spitalului, primul compartiment/persoană nominalizată în rezoluție de managerul/directorul executiv al Spitalului pe documente, se consideră a fi răspunzătoare de executarea respectivei activități, fiind obligată să se consulte cu celelalte compartimente/persoane înscrise de către manager/director executiv în rezoluție, pentru soluționare. Coordonatorii compartimentelor, după formularea rezoluției, dispun monitorizarea documentelor și transmiterea lor la persoanele angajate în execuție. *Fotocopii* ale acestor documente se realizează/trimit, doar atunci când este *absolut necesar*, însoțite de precizările de rigoare, cu respectarea strictă a legislației privind multiplicarea documentelor.

- (7) La redactarea documentelor se respectă obligatoriu următoarele reguli:
- i. Menționarea, în antet, a instituției și spitalului emitent, a numărului și datei înregistrării, a numărului de exemplar și, după caz, a destinatarului;
 - ii. Înscrierea numerelor de înregistrare pe toate exemplarele documentului și pe anexele acestuia.
 - iii. Înscrierea în clar, la sfârșitul documentului, a funcției, numelui și prenumelui managerului spitalului emitent, semnătura acestuia, ștampila spitalului precum și numele, prenumele și semnătura persoanei care a întocmit documentul.
 - iv. Înscrierea pe fiecare pagină a documentului, a numărului curent al paginii, urmat de numărul total al acestora.

- (8) Reguli privind semnarea și expedierea corespondenței:
- i. Documentele se transmit către destinatari numai cu aprobarea conducerii spitalului, prin curieri sau pe canale de comunicații protejate.
 - ii. Pe plic/colet este obligatorie înscrierea următoarelor elemente: destinatarul, expeditorul, localitatea destinatarului/expeditorului, județul.

Art.360. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: legislația în vigoare, documente , registre.

Art.361. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului *Circuitul documentelor în cadrul spitalului* sunt următorii:

- a) Numărul de instruiți planificate și executate privind punerea în practică a măsurilor stabilite pentru reglementarea procesului de management al documentelor, în ultimul an

calendaristic încheiat, este direct proportional sau mai mare cu/decât numărul de instruiți planificate în acest sens.

b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea, înțelegerea și aplicarea corectă de către personal a reglementărilor care privesc circuitul documentelor, în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proportional cu numărul de activități de verificare/control planificate.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: instruiți, verificări/controale.

VIII. 66. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului

Art.362. – Reglementarea procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Se asigură respectarea legislației incidente în vigoare cu privire la securitatea datelor.
- b) Clarificarea aspectelor privind colectarea, gestiunea și fluxul informațiilor la nivelul spitalului;
- c) Asigurarea datelor/informațiilor necesare factorilor decizionali pentru cunoașterea temeinică a stadiului și calității îndeplinirii obiectivelor ce revin spitalului, precum și a acelor date necesare pentru luarea deciziilor și implementarea măsurilor ordonate.
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.363. – (1) Gestionarea datelor și informațiilor medicale/nemedicale cuprinde operațiunile de centralizare, administrare, protejare și asigurare a back-up-ului datelor, atât a celor cu caracter general cât și a celor cu caracter confidențial.

(2) Sistemul de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului se constituie din trei elemente:

a) Fluxul informațional - reprezintă circulația stabilă a unei cantități de date/ informații între organele structurale ale sistemului informațional al Spitalului Salvosan Ciobanca I, independent de natura purtătorului material de informație și procedeele folosite pentru colectarea, transmiterea, prelucrarea și diseminarea lor. Conținutul fluxului informațional este format de documentele și comunicările scrise sau verbale, exprimate printr-un volum de date, acest volum fiind stabilit în mod statistic. În cadrul acestui volum se iau în considerare nu numai datele purtătoare de informații formale (cele stabilite prin regulamente și alte acte normative), ci și cele informale. Colectarea datelor se face într-un sistem unitar, planificat, atât la nivelul managementului spitalului, cât și al structurilor funcționale.

b) Circuitul informațional - reprezintă drumul parcurs de diferite categorii de date/informații, din momentul generării acestora de către o anumită sursă, până la punctul de prelucrare a datelor și elaborare a deciziilor, precum și de datele/informațiile care conțin deciziile conducerii adresate organelor de execuție.

c) Rețeaua informațională.

Art.364. 1. – Etapele procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

2. Informarea echipei decizionale privind existența de date/informații se realizează atât pe orizontală cât și pe verticală, prin:

- a. Legătura cu omologii de la instituții cu care se colaborează;
 - b. Activitatea de informare în cadrul spitalului participarea la ședințele de lucru;
 - c. Participarea la activități de control și îndrumare;
 - d. Studiul corespondenței primite prin sistemul de corespondență scrisă sau electronică;
 - e. Studiul informărilor din mass-media și al publicațiilor de specialitate;
 - f. Canale informaționale din surse deschise (tv, internet) ;
 - g. Activitățile protocolare desfășurate la nivelul județului Salaj;
 - h. Audiențe, cereri, reclamații, petiții și sesizări;
2. Prelucrarea datelor /informațiilor se face în cadrul fiecărei structuri prin:
- a. Procesare datelor - se realizează prin prelucrarea primară și gruparea acestora pe domenii;
 - b. Analiza datelor și informațiilor - presupune studierea acestora în scopul stabilirii gradului de autenticitate și a semnificației reale;
 - c. Valorificarea datelor se realizează prin interpretarea acestora cu privire la domeniile de competență și responsabilitate;
 - d. Diseminarea datelor între structurile spitalului - schimbul de date se face prin rețeaua de calculatoare sau prin contactarea personalului care are atribuții în legătură cu informația, în funcție de domeniu, activitate și “necesitatea de a cunoaște”.
 - e. Centralizarea și evidența datelor și informațiilor - se face în cadrul registraturii prin crearea dosarelor/mapelor cu documente în conformitate cu prevederile arhivistice în vigoare. Prin centralizarea datelor, se realizează ansamblul cu privire la un domeniu sau activitate.
3. Principalul purtător de date prin care se asigură circulația informațiilor, în cadrul spitalului, îl constituie *documentul*, în toate formele sale, acesta trebuind să corespundă necesităților obiective de informare, atât a factorilor de decizie cât și a celor de execuție.
4. Raționalizarea și tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toți șefii de structuri din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I, care rezidă din tendința existentă, de a introduce mereu în procesul de management, noi documente care conțin adesea informații nesemnificative și redundante, concretizate în repetarea unor prevederi legislative sau a unor date curente. Tipizarea documentelor reprezintă o cale importantă de perfecționare a procesului de conducere, în acest proces urmărindu-se următoarele cerințe:
- a. Creșterea ponderii formatului electronic al documentelor în detrimentul celor în format printat;
 - b. Tipizarea trebuie să cuprindă documentele de bază utilizate în procesul de conducere;
 - c. Documentele purtătoare de informații să aibă o destinație practică și o funcționalitate multiplă;
 - d. Concentrarea maximă a datelor într-un număr cât mai redus de documente și micșorarea volumului de date înscrise în acestea, prin creșterea gradului de concizie și sintetizare;
 - e. Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu, destinatar și cod propriu de identificare;
 - f. Datele imprimate pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;

- g. Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operațiilor manuale de trecere a informațiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
- h. Să conducă la micșorarea însemnată a cantității de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;
- i. Separarea conținutului informațional al documentelor în parte fixă (informație permanentă) și parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.

5. Specific, datele/informațiile clinice la nivel de pacient se culeg din F.O.C.G./F.S.Z., introdusă în sistemul informațional al spitalului conform *O.M.S. nr. 1.782/2006 cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi, servicii paliative sau specialități medicale*. Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient – SMDPC și SMDPZ. Toate datele la nivel de pacient colectate de spital (CNP, diagnostic, codurile de parafă ale medicilor) sunt confidențiale și li se aplică măsuri specifice de protecție, conform reglementărilor legale în vigoare. De colectarea, înregistrarea, autenticitatea datelor clinice înscrise în programe și actualizarea la zi a acestora răspunde personalul structurii de statistică și evaluare medicală și responsabilii nominalizați din structura internări, compartimente și cabinete.

Întreg personalul care încadrează structurile Spitalului Salvosan Ciobanca I este obligat să respecte, pe lângă măsurile de protecție a informațiilor confidențiale, toate măsurile tehnice și organizatorice implementate la nivelul spitalului cu privire la păstrarea confidențialității și integrității datelor cu caracter personal, a securității prelucrărilor acestor date.

Art.365. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: comunicările scrise, acte normative, decizii, cereri, reclamații, petiții, sesizări, F.O.C.G./F.S.Z.

Art.366. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Luarea deciziilor în ceea ce privește colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului și punerea acestora în execuție se realizează cu încadrarea în prevederile legale în vigoare, iar termenele stabilite sunt respectate cu strictețe pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

b) Pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat nu este înregistrată nicio sincopă/deficiență în gestionarea datelor și informațiilor utilizate în spital, iar fluxul informațional de administrare a datelor și informațiilor răspunde cerințelor actuale de gestionare a problematicilor specifice Spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: decizii, înregistrări privind deficiente.

VIII. 67. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului

Art.367. – Reglementarea procesului de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizarea / adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;

- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.368. (1) Procesul de de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate și utilizatori.

b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul Spitalului Salvosan Ciobanca I, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.

c) Personalul spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:

- o să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
- o să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
- o să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu;
- o să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
- o să mănuiască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare.

d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;

e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului Salvosan Ciobanca I de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, după semnarea angajamentelor și îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;

f) Accesul personalului Spitalului Salvosan Ciobanca I la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:

- o nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
- o Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire.

g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal necesită raportat managerului;

h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.

i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privin protecția lor.

j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware.

k) Structura de comunicații și informatică din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I răspunde de actualizarea în permanență a protecției antivirus pentru sistemul informatic al spitalului.

l) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată. Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.

m) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea sau alt personal autorizat. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/ rețea, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

n) Informațiile vehiculate în rețeaua INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.

o) Toate informațiile de interes public care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către manager.

p) Prin grija structurii de comunicații și informatică pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

Art.369.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: sisteme informatice și de comunicații, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe, telefoane mobile, unități zip, etc), instruirii.

Art.370. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Numărul de evenimente/incidente de securitate are valoare maximă admisă de 2% din totalul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat

b) Numărul de angajamente de confidențialitate existente este direct proportional cu numarul de personal angajat în cadrul spitalului;

c) Numărul de cereri pentru crearea contului de acces în sistemul informatic depuse și aprobate este direct proportional cu numarul de utilizatori ai sistemului informatic în cadrul spitalului

d) Numărul de instruiri pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate este direct proportional sau mai mare decât numărul de instruiri planificate, în ultimul an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: angajamente de confidențialitate, cereri pentru crearea contului de acces, instruiri.

VIII. 68. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului

Art.371. – Reglementarea procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare/ adoptarea măsurilor de arhivare a documentelor la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează documente la nivelul spitalului pentru aplicarea regulilor de arhivare și manipulare a acestora;
- c) Stabilește reguli privind păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor astfel încât să se asigure confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.372. – Etapele procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul Spitalului SALVOSAN CIOBANCA I, toate structurile sunt obligate să înregistreze și să țină evidența tuturor documentelor intrate/primate, a celor întocmite pentru uz intern și a celor ieșite.
- b) Documentele / înregistrările în formă fizică și / sau electronică, se păstrează de către creatori / autori / elaboratori și de către utilizatori la locul de muncă, până la soluționare (sau atât timp cât sunt utile/ în vigoare și produc efecte).
- c) După expirarea acestei perioade, pe tot parcursul anului (dar nu mai târziu de 31 ianuarie a anului următor), documentele soluționate / rezolvate create de spital (și în mod excepțional, cele primite/intrate) cu valoare practică, juridică sau istorică, se clasează în dosare sau bibliorafturi, iar celelalte se distrug sau se returnează la expeditor, după caz, de către structurile gestionare, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.
- d) După clasare, documentele se scad din evidențele curente de către gestionarii acestora. Aceeași operațiune, de scădere din evidență se execută și în cazul distrugerii sau la nevoie, în cazul expedierii documentelor
- e) Clasare documentelor în dosare și/sau bibliorafturi se face prin gruparea acestora pe problematici, în funcție de termenele de păstrare, în conformitate cu Indicatorul termenelor de păstrare și Nomenclatorul arhivistic întocmit și aprobat la nivelul spitalului, anual, până la 31 ianuarie pentru anul care începe.
- f) Nomenclatorul arhivistic este întocmit, la propunerea structurilor gestionare, de personalul care încadrează arhiva și aprobat de manager.
- g) Modificarea și / sau completarea acestuia se poate face cu respectarea aceluiași algoritm, pentru realizarea corecțiilor necesare, pe tot parcursul anului calendaristic.
- h) În mod obligatoriu, nomenclatorul arhivistic al spitalului conține în mod distinct documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor precum și cele rezultate din activitatea Consiliului etc.

i) Fiecare dosar, biblioraft creat, conține în mod obligatoriu o pagină de titlu care prezintă și problematica conținută și după caz un opis. Toate filele vor fi numerotate de creatorii de unități arhivistice, în creion, în ordine crescătoare.

j) Responsabilii cu crearea unităților arhivistice le predau gestionarului fondului arhivistic care certifică prin semnătură numărul total al filelor acestora și aplică ștampila instituției.

k) Evidența intrărilor / ieșirilor în / din fondul arhivistic se completează / actualizează permanent de gestionarul fondului arhivistic în registrul special constituit.

l) Scoaterea / scăderea din evidența curentă a arhivei se face doar conform precizărilor legislației incidente în vigoare (LEGEA Arhivelor Nationale nr. 16/1996* republicată în 22.04.2014 CAP III, secțiunea I, Art.8, pct 3), în urma selecționării sau predării în alt depozit de arhivă.

m) Pentru selecționarea arhivei, anual, prin decizie a managerului, se numește o comisie de selecționare. Procesul de selecționare anuală se încheie cel mai târziu la 31 octombrie. Selecționarea unităților arhivistice se execută conform reglementărilor incidente în vigoare.

n) Pentru păstrarea arhivei curente create la nivelul spitalului se alocă și se amenajează spații corespunzătoare care să respecte cerințele specifice prevăzute de legislația în vigoare.

o) Păstrarea documentelor în arhivă se face pe durata prevăzută în Nomenclatorul arhivistic.

p) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic verifică periodic modul de păstrare în timp a unităților arhivistice.

q) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic asigură diseminarea, în părțile care îi privesc, a conținutului Nomenclatorului către creatorii de unități arhivistice;

Art.373. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: Nomenclatorul arhivistic, documente, bibliorafturi, decizii, prevederile legale.

Art.374. - Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Toate documentele create pe parcursul anului calendaristic încheiat sunt arhivate anual, potrivit problematicii și termenelor de păstrare stabilite în nomenclatorul documentelor de arhivă, până la data de 31 martie.

b) Toate registrele de evidență a documentelor care se gestionează în cadrul spitalului prezintă o evidență clară a tuturor documentelor primite, întocmite pentru uz intern sau transmise, ultimul an calendaristic încheiat.

c) Număr de unități arhivistice distruse în ultimul an calendaristic este direct proporțional cu numărul de unități arhivistice propuse spre eliminare ca fiind lipsite de valoare practică și/sau istorică, de către comisia de selecționare numită prin decizie, anual, de către manager.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: documente, registre de evidență, unități arhivistice distruse.

VIII. 69. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului

Art.375. – Reglementarea procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare / adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată;
- d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.376. - (1) Sistemul informațional asigură gestiunea tuturor informațiilor din cadrul spitalului, folosind toate metodele și procedeele de care dispune. Informațiile sunt sesizate și înregistrate în cadrul unui sistem economico-social la nivelul unor verigi organizatorice și funcționale care se numesc posturi de lucru. O secvență de mai multe posturi de lucru, logic înlănțuite, formează un circuit informațional.

(2) Un post de lucru se individualizează prin următoarele elemente:

- date de intrare
- timp de staționare
- operații de prelucrare
- date de ieșire

(3) Ansamblul informațiilor și deciziilor (caracterizate prin conținut, frecvență, calitate, volum, formă, suport) necesare desfășurării unei anumite activități sau operații și care se transmit între două posturi de lucru, formează un flux informațional. Între circuitul informațional și fluxul informațional există o strânsă dependență în sensul că circuitul informațional reflectă traseul și mijlocul care asigură circulația unei informații de la generarea ei și până la arhivare, iar fluxul informațional reflectă ansamblul informațiilor vehiculate, necesare unei anumite activități.

(4) Sistemul informațional cuprinde, într-o concepție unitară, circuitele și fluxurile informaționale, la care se adaugă metodele și tehnicile de prelucrare a informațiilor.

(5) Este INTERZISĂ scoaterea din unitate, fără aprobare, a informațiilor aparținând spitalului, indiferent de formă, timp, conținut sau scop.

(6) Particularități privind măsuri de protecție a sistemului informațional, specifice informațiilor confidențiale/cu caracter personal:

- Sistemele de pază, supraveghere și control-acces trebuie să asigure prevenirea pătrunderii neautorizate în sectoarele și locurile unde sunt gestionate informații confidențiale/cu caracter personal.
- Accesul în Spital– ca și componentă a sistemului de protecție a sistemului informațional din cadrul spitalului - se realizează cu respectarea reglementări ”Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor” din prezentul Regulament;
- În vederea asigurării protecției sistemului informațional din cadrul spitalului, se vor respecta întocmai reglementarea ” Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate” din prezentul Regulament;
- Pentru gestionarea documentelor interne specifice structurilor din cadrul Spitalului, la nivelul acestora se nominalizează prin decizie un responsabil (și un înlocuitor) și se consemnează în decizii ale managerului spitalului intrarea în funcțiune a registrelor de evidență;
- Manipularea documentelor se efectuează astfel încât să nu se faciliteze accesul la conținutul acestora persoanelor care nu sunt abilitate să le cunoască, cu excepția cazurilor impuse de lege;

- Manipularea documentelor trebuie să permită în orice moment posibilitatea identificării cu ușurință a acestora și să poată fi justificate cu prilejul controalelor, inspecțiilor sau verificării anuale;
- Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament se realizează în strictă conformitate cu reglementarea "Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare/si sau tratament." din prezentul Regulament;
- Distrugerea documentelor se execută pe baza semnăturilor în registrele pentru evidență primară ale deținătorului și personalului registraturii sau, dacă sunt supuse unei forme de evidență specifice, ale persoanei care le gestionează și șefului structurii de resort, în acest sens fiind aplicabilă reglementarea "Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului" din prezentul Regulament;
- Prin excepție, distrugerea registrelor se face pe bază de proces-verbal;
- Clasarea în dosare a documentelor se face în conformitate cu respectarea instrucțiunilor arhivistice în vigoare.
- În plus, asigurarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului, se realizează cu respectarea întocmai a prevederilor următoarelor puncte din prezentul Regulament:
 - " *Circuitul documentelor în cadrul spitalului*"
 - " *Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului*"
 - " *Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului*"
 - " *Arhivarea documentelor la nivelul spitalului*"
 - " *Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului*"
 - " *Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului*"
 - " *Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii*"

(4) Particularități privind protecția sistemului informatic, componentă a sistemului informațional al Spitalului:

a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate.

b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul Spitalului, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.

c) Personalul Spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din componerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din componerea completelor aparaturii medicale) trebuie respectate următoarele reguli:

- Să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
- Să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;

- Să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să consemneze și să raporteze la structura informatică, orice problemă tehnică sau de securitate ce poate apare;
 - Să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
 - Să mânuiască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare;
 - Să respecte procedurile operaționale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;
- d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;
- e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, după îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;
- f) Accesul la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:
- utilizatorul trebuie să completeze o cerere tip după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
 - nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
 - Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate (ex.: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire..)
- g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal impune informarea managerului;
- h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.
- i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privin protecția lor.
- j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware;
- k) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată
- l) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către administratorul de sistem/ rețea sau de către alt personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.
- m) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/ rețea, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;
- n) Toate informațiile de interes public, care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin

mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către manager.

Art.377. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: sisteme informatice (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile, unități zip, etc), proiecte de cercetare, decizii, reglementari interne, documente, procese-verbale, registre, legislație specifică.

Art.378. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Numărul de reclamații/sesizări privind pierderea disponibilității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului este de maxim de 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

b) Numărul de reclamații/sesizări privind pierderea confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului este de maxim de 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

c) Numărul de evenimente de securitate produse la nivelul instituției este de maxim de 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: reclamații/sesizării, evenimente de securitate produse la nivelul instituției.

VIII. 70. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului

Art.379. – Reglementarea procesului de distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

a) Asigurarea confidențialității informațiilor deținute/ gestionate de spital, indiferent de formă/ scop;

b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații din această categorie pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;

c) Stabilirea operațiunilor pentru scăderea din evidențe a înregistrărilor / documentelor arhivate, după distrugere;

d) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.380. – (1) Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului se face cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

(2) Distrugerea înregistrărilor/ documentelor arhivate la nivelul spitalului, componentă a procesului de selecționare, presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Selecționarea documentelor se realizează anual de către comisiile de selecționare și constă în studierea fiecărei unități arhiviste și a fiecărui document existent în arhivă pentru a se aprecia importanța lor istorică, documentară sau practică. Funcție de importanța lor, stabilită de comisiile de selecționare, documentele valoroase vor fi păstrate permanent sau un timp îndelungat, iar cele lipsite de valoare vor fi eliminate, în vederea predării la macerat. Se supun acțiunii de selecționare documentele lipsite de valoare, cele cu termene de păstrare temporare, numai după expirarea termenelor în care ele au fost încadrate.

b) Termenul de păstrare al unei unități arhivistice se măsoară în ani calendaristici și se calculează de la 1 ianuarie a anului următor celui în care a fost încheiată, până la 31 decembrie a anului anterior celui în care se efectuează selecționarea acesteia;

c) Anual, pentru selecționarea unităților arhivistice, managerul numește o comisie formată din 3 persoane avizate să aibă acces la informațiile care fac obiectul selecției;

d) Competența comisiei constă în selecționarea unităților arhivistice cu termen de păstrare temporar, cu termenul de păstrare expirat pe care le propune pentru scoaterea/eliminarea din arhivă prin înscrierea în procesul verbal de selecționare;

e) Unitățile arhivistice propuse prin procesele-verbale de selecționare să fie eliminate vor fi păstrate în condițiile și în ordinea anterioară selecționării, până la primirea lucrărilor de selecționare avizate și aprobate;

f) Documentele cu valoare practică și termene de păstrare temporare, pe baza cărora se eliberează copii, certificate, extrase privind drepturile individuale ale cetățenilor, după expirarea termenului de păstrare, înainte de a fi distruse, pot fi înregistrate pe medii de stocare pentru a putea fi folosite în interes practic. În categoria documentelor cu valoare practică pot intra: foile de observație clinică, statele de plată, dosare de pensie, fișele de evidență ale personalului, etc.;

g) Înregistrările/documentele arhivate se scot din evidență doar pe baza procesului verbal de selecționare sau de distrugere, aprobat și avizat;

h) Documentele cu termenul expirat se marchează corespunzător, în momentul selecției;

i) Documentele selecționate, cu termenul care nu a expirat se distrug după aceleași reguli ca și documentele în uz;

j) Unitățile arhivistice care au termenul de păstrare până la 5 ani exclusiv, după îndeplinirea termenului de păstrare, se distrug în unitate, de către o comisie numita prin decizie, pe bază de proces-verbal, după aceleași reguli ca și documentele clasificate în uz;

k) Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate, cu termen de păstrare temporar se poate face și în situația în care emitentul acestora dispune în mod expres executarea acestei operațiuni;

l) După avizarea și aprobarea proceselor-verbale de selecționare, înregistrările/documentele arhivate/ unitățile arhivistice stabilite pentru a fi eliminate se vor preda, potrivit ordinilor și dispozițiilor legale în vigoare privind valorificarea deșeurilor de hârtie, la macerat, doar la societățile agreate, expres înscrise în avizul selecției. Delegatul spitalului, care însoțește obligatoriu transportul documentelor la topit, va supraveghea procesul de macerare a tuturor documentelor, până la stadiul când din ele nu se mai pot deduce nici un fel de date.

m) Mențiunile despre predarea unităților arhivistice la topit se vor face pe versoul proceselor-verbale de selecționare, astfel: *"Astăzi au fost predate, pentru macerat, toate documentele înscrise în prezentul proces verbal. În acest scop s-a emis actul de cântar nr. din pentru cantitatea dekilograme."*

n) Procesele-verbale de selecționare și/sau distrugere aprobate și avizate se păstrează împreună cu inventarul fondului arhivistic și vor avea termenul de păstrare permanent, constituind actele legale de justificarea lipsei unor unitati arhivistice înscrise în inventarul fondului de arhivă.

o) Toate cazurile de pierdere, distrugere nelegală/ accidentală sau sustragere a documentelor arhivistice se vor raporta imediat după constatare, ierarhic.

Art.381. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: documente arhivate (foi de observație clinică, state de plată, dosare de pensie, fișe de evidență ale personalului, etc), procese verbale de selecționare.

Art.382. – Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Numărul de cazuri de pierdere a documentelor arhivistice raportate anual este direct proportional cu numărul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

b) Numărul de cazuri de distrugere nelegală/ accidentală a documentelor arhivistice raportate anual, este direct proportional cu numărul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

c) Numărul de cazuri de sustragere a documentelor arhivistice raportate anual este direct proportional cu numărul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: cazuri de pierdere a documentelor arhivistice, cazuri de distrugere nelegală/ accidentală a documentelor arhivistice, cazuri de sustragere a documentelor arhivistice.

VIII. 71. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului

Art.383. – Reglementarea condițiilor de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitățile de control al accesului la datele din sistemul informatic al spitalului;
- b) Reglementarea accesului la informații, prelucrarea și protecția pentru fiecare categorie profesională.
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.384. – În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi administrative sunt următoarele:

a) Utilizatorii trebuie să cunoască și să accepte toate regulamentele privind securitatea sistemelor informatice înainte de a li se permite accesul la un cont. Acest lucru se asigură în timpul instructajului la locul de muncă efectuat la angajare.

b) Utilizatorii cu drepturi administrative sau speciale de acces nu trebuie să folosească în mod abuziv aceste drepturi și trebuie să facă investigații numai sub îndrumarea conducerii instituției. Aceste cazuri vor fi înregistrate ca evenimente.

c) Unele conturi sunt necesare pentru audit (verificare, control) intern sau extern, pentru dezvoltare sau instalare de software sau alte operațiuni definite.

d) Lista conturilor pentru persoalul cu drepturi administrative se înregistrează și se păstrează la registratura spitalului.

Art.385. – În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi restricționate sunt următoarele:

a) Accesul la datele/informațiile spitalului stocate/gestionate în sistemele informatice este permis doar dacă pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale este necesar acest lucru, pe baza cererii de cont acces.

b) Utilizatorii completează o cerere de cont și un angajament înainte de a accesa sistemele informatice și sunt obligați să păstreze confidențialitatea informațiilor privind contul de acces.

c) Cererile sunt analizate de șeful locului de muncă (responsabil direct de nivelul, categoria, volumul informațiilor și sistemul informatic la/prin care se face accesul la informațiile de care are nevoie pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale), avizate de structura responsabilă cu crearea conturilor de utilizator și acordarea drepturilor de acces și aprobate de managerul spitalului.

d) Prin acorduri de confidențialitate, fișa postului și/sau alte documente toți utilizatorii acceptă prevederile regulamentelor privind securitatea sistemului informatic.

e) Accesul la informații confidențiale / clasificate și la date/informații cu caracter personal se face cu respectarea strictă a principiului "*Necesitatea de a cunoaște*", care limitează accesul strict la informațiile necesare îndeplinirii atribuțiilor funcționale.

f) Fiecare utilizator accesează sistemul informatic al spitalului, în baza dreptului de acces acordat, doar de pe contul personal, utilizând parola personală. Toate parolele pentru conturi trebuie să fie create și folosite în conformitate cu această procedură.

g) Este STRICT INTERZISĂ comunicarea către altă persoană a datelor personale de acces precum și utilizarea acestora de către altă persoană. Nici o persoană nu are acces la informații, indiferent de natura lor, doar în baza funcției pe care o deține.

h) Utilizatorii folosesc resursele informatice ale spitalului doar în scopul îndeplinirii atribuțiilor funcționale.

i) Începând de la angajare/încadrare în cadrul spitalului, personalul semnează un angajament de confidențialitate care se păstrează la compartimentul RU.

j) Abaterile de la regulile privind asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor, atrage răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, după caz.

k) Utilizatorii nu au dreptul de a efectua operații de configurare (hardware, software sau de rețea). Orice funcționare necorespunzătoare a resurselor informatice este comunicată în cel mai scurt timp personalului structurii informatica/statistica medicala.

l) Structura informatică ține evidența tuturor sistemelor informatice, rețelelor, aplicațiilor, licențelor, conturilor și drepturilor de acces.

m) Conturile de utilizator ale persoanelor plecate din instituție pe timp îndelungat (mai mult de 90 de zile) vor fi dezactivate (conturile nu vor mai putea fi accesate).

n) Conturile de utilizator care nu au fost accesate timp de 30 de zile vor fi dezactivate. După încă 30 zile conturile vor fi șterse dacă nu s-a solicitat accesul la acestea.

o) Responsabilul IT asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în Spitalul Salvosan Ciobanca I. Acest lucru se realizează cât mai repede posibil în baza unei înștiințări făcute de către un angajat al structurii de resurse umane către responsabilul IT, aspect care este necesar să fie confirmat în Fișa de lichidare.

p) Parolele utilizate de către utilizatorii sistemului informatic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
- să aibă o lungime minimă de 9 caractere;
- să fie parole complexe;

- reutilizarea parolelor este interzisă;
- parolele de cont utilizator nu trebuie divulgate nimănui, nici măcar angajaților care răspund de securitatea sistemelor informatice.

q) Dacă se suspectează că o parolă fost divulgată sau a fost descoperită aceasta trebuie schimbată imediat.

r) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de trei ori la rând parola greșită, acesta va înștiința responsabilul IT pentru deblocarea contului și schimbarea parolei.

s) Utilizatorii nu pot folosi programe de stocare a parolelor.

t) Sistemele informatice nu trebuie lăsate nesupravegheate fără a activa un sistem de blocare a accesului la acestea; deblocarea trebuie să se facă folosind parola.

u) **Fiecare utilizator al sistemului informatic are posibilitatea să-și gestioneze din contul său propria parolă** (se tastează simultan în acest sens tastele CTRL+ALT+DEL și ulterior se accesează comanda "Schimbati parola").

v) Periodic, administratorul de rețea/SIC face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporturi de date independente, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

Art.386. – Accesul și prelucrarea datelor/informațiilor în sistemele informatice pentru personalul spitalului este permis, cu respectarea strictă a algoritmului mai sus-stabilit, astfel:

a) Personalul medical din structurile medicale:

- Medicii din compartimente: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
- Asistenții medicali din compartimente: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
- Infermiere, brancardieri: nu este cazul.

b) Personalul din structurile nemedicale:

- Managerul/director general: INTERNET, e-mailul Spitalului Salvosan Ciobanca I, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, pagina web, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
- Directorul medical: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
- Director financiar-contabil, structura financiar-contabilă: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicațiile Extranet de contabilitate-financiar, Mijloace Fixe, Achizitii, aplicații ANAF;
- Compartiment administrativ: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet;
- Personalul din structura informatică: acces la toate sistemele informatice, aplicațiile și adresele de corespondență – pentru implementarea măsurilor de protecție, administrare, mentenanță, control și cercetare a evenimentelor de securitate, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
- Birou resurse umane: INTERNET, rețeaua internă, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora), aplicația REVISAL
- Birou achiziții și contractări: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, SEAP;

- Serviciu statistică și evaluare medicală: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, DRG, CAPESARO, aplicații raportări statistice;
- Serviciul managementul calității serviciilor medicale INTERNET, rețeaua internă, aplicația CAPESARO;
- Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: INTERNET, rețeaua internă.

Art.387. – (1) **În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul fizic la toate încăperile** în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie documentat și monitorizat. Pe ușile de acces se vor indica persoanele care își desfășoară activitatea în fiecare încăpere.

(2) Toate încăperile în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie protejate fizic, în funcție de importanța acestora și tipul datelor prelucrate sau stocate. Dacă încăperea rămâne goală, ușa de acces trebuie asigurată împotriva accesului.

(3) Personalul care are drepturi de acces trebuie să dețină legitimație de serviciu/ecuson și acte de identitate care să-i ateste calitatea.

(4) Nu este permis transferul dreptului de acces indiferent de motiv.

(5) Accesul publicului, vizitatorilor sau a persoanelor străine în cadrul instituției se va face doar pe baza declarării identității și scopului vizitei. Vizitatorii și persoanele străine trebuie să fie însoțiți în zonele cu acces restricționat.

Art.388. – (1) **În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul la rețea** al tuturor utilizatorilor se realizează cu respectarea următoarelor reguli:

(2) Utilizatorilor le este permis să utilizeze numai parametrii pentru conectarea la rețea specificați de către responsabilul IT.

(3) Pentru fiecare sistem conectat trebuie să existe o persoană care să răspundă de acesta, numele și datele de identificare ale acesteia se vor comunica responsabilului IT.

(4) Utilizatorii nu trebuie să extindă sau să retransmită serviciile de rețea în nici un fel (pe nici o cale). Nu este permisă instalarea de conexiuni de rețea neautorizate indiferent de motiv. Autorizarea tuturor conexiunilor se face la propunerea structurilor, de către responsabilul IT.

(5) Utilizatorii care au acces la internet, nu au dreptul să descarce, să instaleze sau să ruleze programe de securitate sau de altă natură care pot dezvălui slăbiciuni în securitatea unui sistem.

(6) Utilizatorii nu au dreptul să modifice, reconfigureze, instaleze, dezinstaleze echipamente de rețea, cabluri, prize de conexiuni.

Art.389. – (1) **Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital** se realizează în conformitate cu reglementările legale în vigoare, ținându-se cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal de la colectarea lor până la utilizare și libera circulație a acestora. În cadrul instituției se au în vedere toate activitățile legate de accesul și utilizarea datelor pacienților.

(2) Procedura privind colectarea datelor în Spitalul Salvosan Ciobanca I se desfășoară în conformitate cu prevederile art. 7 din *Ordinul nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.*

(3) Datele colectate în Spital și Farmacie se introduc în format electronic în aplicații medicale dedicate.

(4) Calculatoarele operatorilor/asistenților medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate și nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate după încetarea programului, deasemenea accesul în aplicațiile informatice se face pe baza de utilizator și parolă.

Art.390. – (1) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți, importante pentru realizarea situațiilor în vederea decontării serviciilor medicale oferite.

(2) Baza de date este securizată (parola de utilizare) și utilizată la nivelul tuturor serviciilor medicale.

(3) Datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele), nu vor fi transmise în raportările statistice.

(4) Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise în forma criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat pentru generarea CID-lui.

Art.391. – (1) **Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea următoarelor reguli:**

(2) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(3) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.

(4) Pacienții sunt informați în formularul de consimțământ adoptat de spital, cu privire la:

- Identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
- Scopul în care se face prelucrarea datelor;
- Informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;

d) Orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

Art.392. – (1) În conformitate cu prevederile art. 24 din *Legea nr. 46/2003 drepturile pacientului* și ale art. 9 din *O.M.S. nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, pacientul are acces la datele medicale personale, spitalele având obligația de a asigura pacienților accesul neîngrădit la aceste date.

(2) Sistemul dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului este un serviciu public furnizat de CNAS, pentru toți pacienții care, potrivit prevederilor titlului VIII din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, sunt asigurați ai sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală, indiferent dacă se află sau nu în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate. **Acest serviciu urmează să fie utilizat gradual de la data implementării în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală.**

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul DES, ca parte componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate, se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

(4) În cazul pacienților pentru care se constituie DES, datele și informațiile sunt structurate în module, respectiv: modulul «Sumar de urgență», modulul «Istoric medical», modulul «Antecedente declarate de pacient», modulul «Documente medicale» și modulul «Date personale», structurate pe module potrivit prevederilor art. 3466 alin. (2) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare.

(5) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală, datele și informațiile din DES prevăzute la alin. Precedent vor fi accesibile medicilor numai cu consimțământul pacienților, cu excepția datelor și informațiilor din modulul «Sumar de urgență», care vor fi accesibile medicilor care își desfășoară activitatea în structurile de urgență și medicilor care își desfășoară activitatea în asistența medicală primară, numai în vederea realizării actului medical, fără a fi necesar consimțământul pacientului.

(6) Accesul medicilor la datele și informațiile prevăzute la alin. (4) se va realiza în baza unui certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat, certificat înregistrat la casa de asigurări de sănătate în raza administrativ-teritorială în care aceștia își desfășoară activitatea.

(7) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală accesul pacienților sau al reprezentanților legali ai acestora la datele și informațiile din DES se va realiza cu respectarea prevederilor art. 8 din Regulamentul general privind protecția datelor, prin intermediul:

- matricei de securitate și al parolei de acces;
- cardului național de asigurări sociale de sănătate cu codul PIN asociat acestuia și al parolei de acces.

(8) Matricea de securitate se va elibera la solicitarea pacienților în baza actului de identitate al acestora, de către medicii care dețin un certificat calificat.

(9) Parola de acces este personalizată de fiecare pacient, este strict confidențială, fiind un element de securitate cunoscut numai de pacient, și se va utiliza în cadrul DES atât pentru cardul național de asigurări de sănătate, cât și pentru matricea de securitate.

(10) În activitățile de utilizare a DES al pacienților, medicii vor aplica principiile și normele metodologice de deontologie și etică medicală stabilite de codul de deontologie medicală potrivit prevederilor legale în vigoare, inclusiv cu respectarea reglementărilor legale privind protecția datelor cu caracter personal.

(11) Pacienții au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate pentru accesul la DES, respectiv parola de acces, cardul național de asigurări sociale de sănătate, codul PIN asociat acestuia și matricea de securitate.

(12) Medicii au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate, respectiv certificatul calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat și codul PIN asociat acestui certificat.

(13) Datele din dosarul electronic de sănătate al pacientului se păstrează pe întreaga durată de viață a pacientului, iar după decesul acestuia, datele din DES se arhivează potrivit legii, urmând a fi pseudonimizate și prelucrate exclusiv în scopuri de cercetare științifică ori în scopuri statistice, cu excepția cazurilor în care există dispoziții legale contrare.

(14) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)* și ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, spitalul are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale ale pacienților.

(15) Datele colectate cu scopul asigurării protecției sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a acorda aceste servicii. Pacienții sunt obligați să furnizeze datele, refuzul de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.

(16) Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operatorul spitalului și nu sunt comunicate altor destinatari.

(17) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce*

privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), pacienții beneficiază de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a se adresa justiției.

(18) Orice persoană are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opoziție poate fi exclus pentru anumite prelucrări prevăzute de lege (de ex.: prelucrări efectuate de serviciile financiare și fiscale, de poliție, justiție, securitate socială). Prin urmare, această mențiune nu poate figura dacă prelucrarea are un caracter obligatoriu; orice persoană are, de asemenea, dreptul de a se opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrările datelor sale personale în scopuri de marketing direct.

(19) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

(20) Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

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

(22) Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

(23) Prevederile prezentului articol se completează cu prevederile ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS care va preciza datele, informațiile și procedurile operaționale necesare utilizării și funcționării DES, în aplicarea prevederilor Titlului IX¹ „Dosarul electronic de sănătate al pacientului” din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*.

Art.393. – (1) **La nivelul spitalului următorul set de date/informații se transmit cu prioritate către utilizatori, în domeniile de interes ale acestora, după cum urmează:**

- Actele normative incidente diferitelor domenii de activitate, precum și dispozițiile și reglementările nou intrate în vigoare a căror termen de intrare în vigoare este unul scurt/imediat și care presupun demararea unor procese/activități de punere în aplicare imediată;

- Date și informații scrise, transmise prin email, fax, SMEC (sistem de mesagerie electronică criptată) care necesită derularea de activități într-un interval scurt de timp sau în a căror conținut se specifică mențiunea unui grad de prioritate urgent.

- Deciziile managerului spitalului;
- Procedurile documentate aplicabile fiecărui sector de activitate;
- Protocoalele medicale aplicabile structurilor medicale;
- Orice modificări/completări/abrogări/revizuirii ale reglementărilor interne aplicabile în Spitalul Salvosan Ciobanca I (Regulament de organizare și funcționare, Regulament intern, fișe de post, planificări activități etc.);

- ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue” (SMDPC);

- ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi” (SMDPZ);

- Rezultatele cu valori critice ale investigațiilor paraclinice;

- Semnale de alertare inițiate în diferite situații de urgență precum și date/informații transmise de persoanele abilitate, care fac referire la respectivele situații;

- Stocul tampon de materiale/medicamente;

- Raportarea cazurilor COVID;

- Paturile libere din fiecare secție.

(2) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPC sunt cele prevăzute în Anexa nr. 6 la respectivul ordin.

(3) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPZ sunt cele prevăzute în Anexa nr. 7 la respectivul ordin.

(4) Datele/informațiile menționate la alin. (2) și (3) se culeg în format electronic, cu completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din FOCG/F.S.Z., acest aspect fiind vital pentru procesul ulterior de clasificare a pacienților, pentru cel de analiză a datelor clinice și de finanțare. Conform reglementărilor legale medicul curant este cel responsabil pentru completarea diagnosticelor și procedurilor în F.O.C.G. Spitalele au obligația să colecteze SMDPC/ SMDPZ și răspund de corectitudinea, gestionarea și confidențialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să creeze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului.

Art.394. – (1) Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I_ în diferite aplicații ale sistemului informatic, se realizează pe nivele de acces, astfel:

a) Accesul în aplicația eXtramed - Foaie de Observație. În aplicația Spital s-au definit autoritățile în secțiunea de Configurare->Operatori/Proceduri astfel:

- Accesarea bazelor de date de către utilizatori (șefi de secție sau ai sectoarelor de activitate) se realizează pe nivele de acces. Nivelul de acces în aplicații se face pe baza drepturilor de acces. Fiecărui utilizator i se atribuie de către administratorul bazei de date un anumit nume de user (Id Operator) și o parolă, precum și drepturile corespunzătoare funcției sale. Astfel, șefii de secție au drepturi superioare utilizatorilor obișnuiți. Pot efectua operațiuni multiple pe foile de observație din secția respectivă. Șefii altor departamente au drepturi speciale (de exemplu Șeful laboratorului de analize medicale are dreptul de a modifica parametrii analizelor disponibile în laborator, etc. Șeful farmaciei este și gestionar pe anumite gestiuni și are dreptul de eliberare pe acestea).

- Restricționarea selectivă a accesului la bazele de date se face pe baza nivelurilor alocate utilizatorilor, astfel:

- Nivelul 50: este doar pentru utilizatorii cu drept de consultare pe secția pe care au fost definiți.

- Nivelul 100 pentru userii de pe secție, configurand pt fiecare sectia sau sectiile in care are dreptul sa lucreze.Vor putea adăuga, modifica FO, scrie intervenții chirurgicale principale și proceduri, efectua transfer, externare, scrie în documente ieșire, deci practic tot ce ar avea nevoie un user pe secția lui. Se pot stabili secțiile userului și nu vor avea acces decât la pacienții care au trecut prin secția respectivă (mesaj: Nu aveți dreptul să consultați FO). Dacă pacientul este încă internat, îi afișează pe ce secție este aflat.

- Nivelul 200 se alocă utilizatorilor de la Statistică care au dreptul de vizualizare a foilor de observație de pe mai multe secții.

- Nivelul 300 are toate drepturile ca și nivelul 200 dar poate efectua toate operațiunile asupra foii de observație.

- Peste nivelul 500 sunt drepturi alocate unor persoane cu drepturi suplimentare de administrare în aplicații:

- Nivel 500 în sus: poate modifica secții/medicii din spital->configurare

- Nivel 600 în sus: poate modifica operatori/proceduri

b) Accesul în aplicația Farmacie. În aplicația de Farmacie s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- Nivel 100 este nivel de administrator.
- Nivel 75 este nivel de farmacie are drepturi peste intrari, ieșiri, raportări, configurări de medicamente și furnizori.
- Nivel 50 este nivel de secție cu drepturi peste condici, transferuri și unele raportări
- Nivel 1 este nivel folosit doar pentru operatori care au dreptul doar pentru raportări
- Administratorul de sistem poate aloca gestiunile de pe care se pot scrie și elibera condici de medicamente.

c) Pentru accesul în aplicația Farmacie s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- nivel de administrator si nivel de utilizator.

Șeful farmaciei este și gestionar pe anumite gestiuni și are dreptul de eliberare pe acestea).

- nivel de farmacie are drepturi peste intrari, ieșiri, raportări, configurări de medicamente și furnizori.
- Farmacistul si farmacistul sef la nivel de secție cu drepturi peste condici, transferuri și unele raportări
- Asistentul are dreptul de a emite condici, vizualizare lor, eliberarea condicilor dar nu au dreptul de invalidare sau de stergere.

Administratorul de sistem poate aloca gestiunile de pe care se pot scrie și elibera condici de medicamente.

Art.395.Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: regulamente privind securitatea sistemelor informatice, sistemul informatic, acorduri de confidențialitate, fișa postului, documente, reglementari interne, analize, rapoarte, legislatie aferenta.

Art.396. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Numărul de sesizări adresate conducerii spitalului privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale este de maxim 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;

b) Numărul de incidente de securitate săvârșite în ultimul an calendaristic încheiat, care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor este de maxim 1% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

c) Numărul de conturi de utilizator existente în sistemul informatic este direct proporțional cu numărul de parole utilizat la un moment dat, pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat;

d) Numărul de sesizări adresate conducerii spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital, este de maxim 1% în raport cu numărul personalului încadrat în cadrul spitalului.

e) Numărul de sesizări adresate conducerii spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații stabilite a se transmite cu prioritate către utilizatori, este de maxim 1% în raport cu numărul personalului încadrat în cadrul spitalului.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înainte întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: sesizări privind restricționarea accesului în sistemul informatic privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații /, incidente de securitate, conturi de utilizator existente.

VIII. 72. Utilizarea echipamentului individual de protecție

Art.397. - (1) Conform prevederilor pct. 2 din anexa nr. 4 „*Precauțiunile standard*” la O.M.S. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, măsurile standard includ utilizarea echipamentului individual de protecție (mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepărtarea și aruncarea echipamentului.

Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări

(2) Echipamentul individual de protecție reprezintă bariera între personal și sursa de infecție, utilizat în timpul activităților care presupun risc de infecție.

(3) La nivelul spitalului lista de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice efectuate se întocmește de către coordonatorul C.P.I.A.A.M..

(4) Întregul personal medico-sanitar și sanitar-auxiliar va respecta codul de culoare al echipamentului de protecție stabilit la nivelul spitalului, astfel:

- a) alb –medici, psihologi, asistent medical
- b) verde –asistenți medicali, registrator medical
- c) gri – infirmiere, îngrijitoare
- d) albastru –brancardier
- e) alb– spalatorie, zona curata
- f) gri- spalatorie, zona murdara

(5) Utilizarea echipamentului de spital este obligatorie de către tot personalul medico-sanitar si auxiliar pe toată durata programului.

(6) Personalul medico-sanitar și auxiliar-sanitar precum și cel din serviciul spălătorie are obligația:

- a) să depună hainele de stradă în vestiare, la intrarea în serviciu;
- b) să poarte echipament de protecție curat, format din: bluză, pantalon sau fustă, papuci, șosete, iar după caz: bonetă (capelină), mască facială, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, șorțuri etc;
- c) să nu iasă cu echipamentul de protecție în afara spitalului;
- d) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință, se spală și se calcă la spălătorie spitalului, nu acasă;
- e) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință se păstrează în vestiare special amenajate, separat de hainele de stradă.

Art.398. – Echipamentul individual de protecție (EIP) reprezintă totalitatea mijloacelor individuale de protecție cu care este dotat angajatul în timpul lucrului. Acesta poate fi reprezentat de: mănuși, halate, șorțuri, mască (chirurgicală, mască FFP2-3), protectoare faciale (ochelari, ecran protector, vizieră), bonete/capeline, încălțăminte de spital, cizme de cauciuc, combinezoane, botoși de unică folosință.

Art.399. – (1) Mănușile constituie o barieră de protecție și previn contaminarea mâinilor la contact cu produsele biologice. Mănușile trebuie utilizate în următoarele situații:

- a) anticiparea contactului mâinilor cu sânge, lichide biologice contaminate, alte lichide biologice cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane;

- b) abord venos sau arterial;
- c) contact cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate;
- d) manipularea, după utilizare a instrumentarului contaminat, în vederea curățirii, decontaminării;
- e) manipularea deșeurilor rezultate în urma activităților medicale;
- f) contactul cu pacienți cu boli transmisibile;
- g) contact cu suprafețele contaminate.

(2) Mănușile pot fi:

- a) de uz unic sterile și se utilizează pentru:
 - o intervenții mica chirurgie;
 - o examinare internă
- b) de uz unic, nesterile, curate și se utilizează pentru:
 - o examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
 - o examinări curente, care implică un contact cu tegument pacient cu soluții de continuitate/ abord venos;
 - o manipularea de materiale contaminate;
 - o curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;
 - o manipulare, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
- c) de uz general, menaj, de cauciuc și se utilizează pentru:
 - o activități de întreținere, care implică un contact cu sânge și alte produse biologice considerate a fi contaminate;
 - o colectare de materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
 - o manipularea de materiale contaminate;
 - o curățenie, îndepărtare de produse biologice
 - o manipulare deseuri.
- d) din materiale ce protejează mâinile de agenți fizici (căldură, radiații, suprafețe abrazive, curent electric) și se utilizează în:
 - o sterilizare
 - o manipularea rețelelor electrice

(3) Mod de utilizare pentru mănușile de unică folosință:

- a) se schimbă după fiecare pacient;
- b) după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primei prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container;
- c) după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare în timpul activității încheiate; mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, nu se dezinfectează;

(4) Mănușile de uz general – de menaj și cele pentru protecție împotriva agenților fizici, se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.).

Art.400. Echipamentul de spital este constituit din halat, bluză și pantalon, bluză și fustă, și este din material textil, codificat pe culori pe categorii de personal se poartă în timpul tuturor activităților din structurile medicale. Șorțurile și bluzele impermeabile completează utilizarea echipamentului de spital atunci când se anticipează producerea de stropi, picături,

jeturi cu produse biologice potențial contaminate, protejând tegumentele personalului medical;

Art. 401. Masca de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

Art. 402. Combinizoane impermeabile de unică folosință utilizate în situații excepționale (COVID-19, Ebola, infecții cu grad ridicat de contagiozitate).

Art. 403. Protectoare faciale (ochelari) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

Art. 404. Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință.

Art. 405. Cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie în spălătorie.

Art.406. Halate de unică folosință se folosesc pentru uzul vizitatorilor din secțiile spitalului – din material neșesut, asigură igiena și protecția pacienților.

Art.407. – (1) În funcție de tipul de activitate și de nivelul de risc specific locului de muncă, echipamentul de protecție se adaptează în funcție de expunerea anticipată, astfel:

a) În compartimentele spitalului se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.

b) În situația în care actul medical (la patul pacientului) implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febra hemoragica etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).

c) Accesul în infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților de la nivelul fiecărui compartiment se face utilizând halate de unică folosință, mănuși de unică folosință, mască facială de unică folosință, capelină de unică folosință. Tot echipamentul de protecție se aruncă la părăsirea zonei de izolatoare și constituie deșeu contaminat.

d) Personalul medico-sanitar care pregătește instrumentar pentru sterilizat utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

e) Vizitatorii trebuie să poarte halatul de unica folosință pus la dispoziție de spital, la intrarea în compartimentul medical.

f) Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează următoarele echipamente de protecție: mănuși de uz general - menaj, din cauciuc gros rezistent la acțiune mecanică și uzură chimică, mască, și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate se vor purta ochelari de protecție.

g) Personalul care face curățenie și dezinfecție în mediul de spital trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipamentul de spital, mască, mănuși de unică folosință și/sau de menaj, iar la nevoie capelină ochelari de protecție/vizieră dacă activitatea implică formare de stropi sau jeturi de lichide.

h) Personalul din serviciul de bucătărie care lucrează la manipularea, prepararea, transportul, servirea și desfacerea alimentelor sunt obligate să utilizeze echipament de protecție format din: bluză, pantalon, bonetă, papuci, șosete, unde este cazul mănuși de unică folosință. Respectivul personal nu are voie să iasă cu echipamentul de protecție în afara blocului alimentar.

i) Persoanele care manipulează lenjeria spitalului sunt obligate:

- să utilizeze echipamentul de protecție (mănuși rezistente la acțiuni mecanice (mănuși de uz general, de menaj), ochelari de protecție, măști);

- personalul care lucrează în zona murdară trebuie să poarte echipament de spital de culoare gri;

- personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare alba;

- la manipularea lenjeriei curate, personalul va respecta codurile de procedură privind igiena personală și va purta echipamentul de protecție adecvat; personalul care lucrează în zona curată trebuie să-și schimbe echipamentul cel puțin săptămânal;

- la trecerea din zona murdară în zona curată a spălătoriei (în zona de filtru), personalul este obligat să schimbe uniforma de lucru;

- mănușile menajere utilizate la sortare se spală la sfârșitul turei cu apă caldă și detergent și se refolosec;

- uniforme de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.

j) Electricianul, instalatorul și muncitorii necalificați au obligația de a purta salopetă/combinezon de protecție, încălțăminte specială sau cizme de protecție, mănuși de protecție speciale, mască de praf și ochelari de protecție. Pentru lucrul la înălțime este obligatorie purtarea căștii de protecție precum și centură de siguranță verificată în termen de valabilitate.

k) Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii) trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorturi etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.

Art.408. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: echipamentul individual de protecție, recipiente colectare deseuri.

Art.409. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului privind utilizarea echipamentului individual de protecție sunt următorii:

- Numarul total de echipamente de protectie neconforme din numarul total de echipamente utilizate.

- Numarul de infectii asociate asistentei medicale inregistrate cauzate de utilizarea necorespunzatoare a echipamentului de protectie din totalul IAAM inregistrate in aceeasi perioada de referinta.

- Numarul de reclamatii din partea pacientilor/apartinatorilor inregistrate cu privire la echipamentul de protectie in perioada evaluata este de maxim 0,33% din totalul sesizarilor/recalamatiilor in aceeasi perioada de referinta.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: echipament de protecție, numar IAAM, numar reclamatii/sesizari.

VIII. 73. Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din cadrul Compartimentului îngrijiri paliative

Art. 410. – Reglementarea privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative are ca principale scopuri:

a) Monitorizarea sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative;

b) Identificarea și planificarea de activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout) în vederea menținerii sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.

c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.411. – (1) Etapele procesului privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Întreg personalul din Compartimentul îngrijiri paliative va respecta toate normele referitoare la utilizarea echipamentului de protecție având în vedere că majoritatea pacienților internați pentru îngrijiri paliative sunt cu risc infecțios (scor Carmeli 3 din fișa de evaluare a riscurilor la internare).

b) Personalul din Compartimentul Îngrijiri paliative este evaluat specific de către medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii, anual, în baza următoarelor criterii: anamneză, examen clinic, ECG, examen de laborator (analize indicate de medicul de medicina muncii), examen psihologic anual.

c) În funcție de starea de sănătate fizică și psihică a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii face recomandările necesare referitor la psihoterapie și/sau tratament psihiatric, dietă, evitarea factorilor nocivi de mediu / alergeni, stil de viață, precum și desfășurarea de activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout).

d) În raport cu recomandările medicului de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii, se desfășoară, după caz, activitățile prevăzute în *”Planificarea activităților de diminuare a riscului de epuizare profesională (burnout) în Compartimentul îngrijiri paliative”* întocmită anual de către coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative și aprobată de manager.

e) La întocmirea *”Planificării activităților de diminuare a riscului de epuizare profesională (burnout) în Compartimentul îngrijiri paliative”* se va ține cont de gradul de menținere a sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative constatată în anul precedent.

f) Evaluarea psihologică a personalului din îngrijiri paliative la angajare și ulterior evaluarea psihologică și/sau consilierea psihologică se desfășoară cu respectarea reglementării *”Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz”* din prezentul Regulament, în scopul diminuării riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout) la această categorie de personal.

g) În permanență coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative va lua toate măsurile necesare în vederea respectării timpului de lucru și de odihnă la personalul din Compartimentul Îngrijiri paliative.

h) La propunerea coordonatorului Compartimentului îngrijiri paliative se vor aplica în permanență prevederile punctului *” Distribuirea personalului mediu între compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale”* din prezentul Regulament. În acest sens, la nivelul spitalului, se va avea în vedere pentru minim 50% din asistentele care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive să se asigure absolvirea minim a unui curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.

i) Este necesar ca spitalul prin personalul de specialitate (psiholog, psihiatru) să încurajeze personalul din Compartimentul Îngrijiri paliative și să practice activități recreative: sport, artă, meditație, lectură etc.

j) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația ca anual, de regulă în prima decadă a lunii noiembrie, să înainteze propuneri de efectuare de cursuri / instruirii după cum urmează:

- program de pregătire medicală continuă de paliativă de minim 4 ore per an pentru medic, asistenți medicali, asistent șef, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual
- curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative) pentru asistenți medicali, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual

- curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative, pentru asistentul șef
- instruirii periodice ale personalului de îngrijire.

k) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația de a înainta propuneri anual, de regulă în prima decadă a lunii noiembrie, privind constituirea echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative compusă din: medic cu competență în paliatie, farmacist, asistenți medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual. În situația în care la nivelul spitalului nu este asigurată încadrarea tuturor categoriilor de personal din echipa pluridisciplinară coordonatorul compartimentului va propune încheierea de convenții/acorduri de colaborare cu instituții/persoane fizice în vederea completării componenței echipei.

l) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația de a înainta conducerii spitalului propuneri care să asigure în permanență un mediu de lucru adecvat pentru personalul compartimentului, prin crearea și menținerea următoarelor condiții de muncă:

- Dotarea cu echipamentele și aparatura necesară, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- Confort în ce privește factorii ambientali: luminozitatea, temperatura ambientală, zgomotele, aerisirea.
- Susținerea personalului pentru pregătirea profesională în domeniul îngrijirii paliative.
- Respectarea prevederilor legale privind timpul de lucru și de odihnă.

Art. 412. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: normele referitoare la utilizarea echipamentului de protecție, fișa de evaluare a riscurilor la internare, contracte de prestări servicii, Planificarea activităților de diminuare a riscului de epuizare profesională, reglementari interne, legislație specifică.

Art.413. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Îngrijiri paliative sunt următorii:

a) Numărul de evaluări periodice în urma cărora s-a constatat afectare profesională aferentă activității din Compartimentul îngrijiri paliative, are valoare maxim admisă de 10% din personalul încadrat în structura de îngrijiri paliative, în ultimii doi ani.

b) Numărul de accidente de muncă având cauză epuizarea în urmare a activității din Compartimentul îngrijiri paliative este maxim 1 la o perioadă de 5 ani.

c) Numărul de EAAAM, produse în ultimul an calendaristic încheiat, aferente epuizării în urma activității din Compartimentul îngrijiri paliative, este de maxim 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul respectivei structuri în aceeași perioadă de referință.

d) Numărul de asistenți medicali din compartimentul ale spitalului care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și care au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de minim 3 zile, este de minim 25% din totalul asistenților medicali din secții de cronici.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: evaluări periodice, accidente de muncă, EAAAM produse, numărul de asistenți medicali din compartimentul paliative.

VIII. 74. Reglementare privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative

Art.414. – Reglementarea privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul Îngrijiri paliative are ca principale scopuri:

- a) Stabilește componența echipei pluridisciplinare care asigura abordarea holistica a pacientului internat in Compartimentul de îngrijiri paliative.
- b) Stabilește modul de activitate a echipei pluridisciplinare care asigura abordarea holistica a pacientului internat in Compartimentul de îngrijiri paliative.
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

Art.415. – (1) Componența echipei pluridisciplinare este formată obligatoriu din: medic cu atestat/ competență în îngrijiri paliative, asistent medical, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual. Toti membri obligatorii echipei pluridisciplinare au cunostinte necesare in abordarea pacientului cu boala cronica evolutiva dobandite in cadrul cursurilor de formare în acest domeniu.

(2) Echipa pluridisciplinară din Compartimentul Îngrijiri paliative include în funcție de necesitățile pacienților și alți membrii precum: kinetoterapeut, dietetician/asistent dietetician, infirmiere, voluntari etc.

(3) Membrii echipei desfășoară activități specifice pregătirii profesionale si Fișei postului, în concordanță cu legislatia și regulamentele în vigoare.

(4) Atribuțiile echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative:

- asigură servicii complexe de tip medical, nursing, îngrijiri de bază, asistență socială, asistență psiho-emoțională și spirituală adresate pacientului și familiei acestuia;
- întocmește la internare și actualizează pe perioada spitalizării planul pluridisciplinar de management al pacientului;
- evaluează săptămânal și la nevoie pacientul din punct de vedere medical, nursing;
- acordă îngrijiri de bază, asistență socială, asistență psiho-emoțională și spirituală adresate pacientului si consemneaza în FOCG problemele identificate și intervențiile necesare;
- respectă criteriile de internare a pacientilor în Compartimentul îngrijiri paliative.

(5) **Medicul coordonator Compartiment îngrijiri paliative:** examinează pacientul, completează foaia de observație clinică generală, consemnează întâlniri de comunicare și consiliere cu pacientul și aparținătorii, stabilește planul de tratament, asigură coordonarea îngrijirii, recomandă consulturi interdisciplinare la nevoie, indică examene de laborator /imagistică la nevoie, stabilește terapii conexe(asistență psihologică, socială, spirituală,kinetoterapie, etc).

(6) **Asistentul medical:** comunică empatic cu pacientul, efectuează tratamentul și asigură efectuarea intervențiilor indicate de medicul coordonator /curant, stabilește și efectuează planul de îngrijiri și activitățile necesare obiectivelor de nursing, efectuează sarcinile delegate de către medicul curant/coordonator.

(7) **Asistentul social:** desfășoară activitate de evaluare socială a pacientului și a familiei sale, la nevoie.Documentează/semnează evaluarea socială în FO și alte intervenții efectuate (foaie de evolutie si interventii in echipa). Efectuează toate demersurile necesare pentru obținere de către pacienți a drepturilor legale, obținerea de beneficii/servicii sociale. Evaluează condițiile de locuit, status financiar, alte aspecte sociale aferente pacientului cu necesități de îngrijiri paliative.

(8) Psihologul: desfășoară activitate de evaluare psihoemoțională a pacientului și familiei sale, la nevoie. Documentează/semnează evaluarea în FO și intervențiile (foaie de evoluție și intervenții în echipă). Aplică chestionarul de depresie PHQ din FO, apreciază la nevoie scorul MMSE și documentează în FO la rubrica din grafic ESAS. La nevoie solicită examen psihiatric.

(9) Indrumătorul spiritual: desfășoară activitate de evaluare spirituală a pacientului și familiei sale, la nevoie. Evaluarea se face prin aplicarea următoarelor întrebări adresate pacientului/apartinătorului: Are credință? Ce confesiune/religie? Importanța credinței? Face parte din o comunitate spirituală/religioasă? Ce intervenții și-ar dori pacientul/familia? Ce îngrijorări are? Dorește să discute despre nevoile sale spirituale și religioase?

(10) Dieteticianul/asistent dietetician: colaborează cu medicul/asistentul medical pentru stabilirea dietei adecvate pacientului, semnează dieta recomandată din foaia de observație.

(11) Kinetoterapeutul la solicitarea medicului coordonator din Compartimentul îngrijiri paliative efectuează terapia conexasă.

Art.416. Resursele tehnico-materiale necesare aplicării prezentei reglementări sunt următoarele: foaia de observație clinică generală, plan de tratament, plan de îngrijiri, fișa postului, legislație aferentă.

Art.417. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai reglementării privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul Îngrijiri paliative sunt următorii:

a) Numărul de reclamații înregistrate din partea pacienților/apartinătorilor aferente activității echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative este de maxim 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul respectivei structuri, în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Numărul de EAAAM aferente activității echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative în perioada evaluată este de maxim 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul respectivei structuri în aceeași perioadă de referință.

Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea sunt următoarele: totalul pacienților, reclamații înregistrate, EAAAM aferente activității.

CAPITOLUL IX

EVALUAREA PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR

Art. 418. – (1) Procedura și criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I sunt cele specificate de *O.M.S. nr. 974 din 2 iunie 2020 privind aprobarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale și a modelului fișei de evaluare a performanțelor profesionale individuale.*

(2) Criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I se stabilesc prin contractele individuale de muncă sau/și actele adiționale la contractele individuale de muncă, după caz, și se consemnează în fișa de evaluare anuală a activității profesionale.

(3) **În mod obligatoriu, în cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I, comunicarea cu pacienții/ apartinătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului contractual.**

Art. 419. (1) Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual de executie si conducere, în acord cu OMS nr.974 din 2 iunie 2020, reprezinta aprecierea obiectiva a performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual, prin compararea gradului si modului de indeplinire a criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale stabilite cu rezultatele obtinute in mod efectiv de catre personalul contractual, pe parcursul unui an calendaristic si urmareste:

a) corelarea obiectiva dintre activitatea si cunostintele personalului contractual necesare indeplinirii obiectivelor individuale, stabilite in baza atributiilor din fisa postului, si cerintele functiei contractuale, prin raportare la nivelul functiei contractuale detinute;

b) asigurarea unui sistem motivational, astfel incat sa fie determinata cresterea performanțelor profesionale individuale;

c) identificarea necesitatilor de instruire a personalului contractual, pentru imbunatatirea rezultatelor activitatii desfasurate in scopul indeplinirii obiectivelor stabilite.

(2) Procedura de evaluare a performanțelor profesionale se aplica fiecarui angajat, in raport cu cerintele postului.

(3) Activitatea profesionala se apreciaza anual, prin evaluarea performanțelor profesionale individuale care se consemneaza in fisa de evaluare intocmita potrivit anexelor la prezenta procedură.

(4) Perioada evaluata este cuprinsa intre 1 ianuarie si 31 decembrie din anul pentru care se face evaluarea.

(5) Perioada de evaluare este cuprinsa intre 1 ianuarie si 1 martie din anul urmator perioadei evaluate.

(6) Beneficiaza de evaluarea performanțelor profesionale individuale personalul contractual care a desfasurat efectiv activitate minimum 6 luni in anul calendaristic pentru care se realizeaza evaluarea.

(7) Procedura de evaluare a performanțelor profesionale individuale nu se aplica in urmatoarele situatii:

a) persoanelor angajate ca debutanti, pentru care evaluarea se face dupa expirarea perioadei corespunzatoare stagiului de debutant;

b) angajatilor al caror contract individual de munca este suspendat, potrivit legii, pentru care evaluarea se face dupa 6 luni de la reluarea activitatii;

c) angajatilor promovati intr-o alta functie de executie sau intr-o functie de conducere, precum si celor angajati din afara unitatii, pentru care momentul de evaluare se stabileste de conducerea fiecarei institutii publice, dar nu mai devreme de 6 luni de la data promovarii/angajarii;

d) angajatilor aflati in concediu platit pentru ingrijirea copiilor in varsta de pana la 2 ani, pentru care evaluarea se face la expirarea a 6 luni de la data reluarii activitatii;

e) angajatilor care nu au prestat activitate in ultimele 12 luni, fiind in concediu medical sau in concediu fara plata, acordat potrivit legii, pentru care momentul evaluarii se stabileste de conducerea fiecarei institutii publice, dar nu mai devreme de 6 luni de la data reluarii activitatii.

(8) Evaluarea performanțelor profesionale individuale se realizeaza de catre evaluator.

(9) Are calitatea de evaluator:

a) persoana care conduce sau coordoneaza compartimentul in cadrul caruia isi desfasoara activitatea persoana cu functie de executie evaluata;

b) persoana de conducere ierarhic superioara potrivit structurii organizatorice a unitatii sanitare publice, pentru persoanele de conducere.

(10) Calificativul final al evaluarii se stabileste pe baza notei finale, dupa cum urmeaza:

a) intre 1,00-2,00 - nesatisfacator;

b) intre 2,01-3,50 - satisfacator;

- c) între 3,51-4,50 - bine;
- d) între 4,51-5,00 - foarte bine.

(11) Notarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale se face cu note de la 1 la 5, nota exprimând gradul de îndeplinire a respectivului criteriu.

(12) Pentru a obține nota pentru îndeplinire criteriilor de evaluare se face media aritmetică a notelor acordate pentru îndeplinirea fiecărui criteriu de performanță.

(13) Pentru funcțiile de conducere nota finală a evaluării este media aritmetică a notelor obținute la criteriile de evaluare.

(14) Semnificația notelor este următoarea: nota 1 - nivel minim și nota 5 - nivel maxim.

(15) Ulterior finalizării fișei de evaluare are loc interviul. Interviul este o discuție între evaluator și persoana evaluată în cadrul căreia se aduce la cunoștință persoanei evaluate rezultatul evaluării, se discută aspectele cuprinse în fișa de evaluare, având ca finalitate semnarea și datarea acesteia, de către evaluator și de către persoana evaluată.

Art. 420. (1) În cazul în care între persoana evaluată și evaluator există diferențe de opinie asupra conținutului fișei de evaluare se procedează astfel:

a) în situația în care se ajunge la un punct de vedere comun, evaluatorul poate modifica fișa de evaluare;

b) în situația în care nu se ajunge la un punct de vedere comun, persoana evaluată consemnează comentariile sale în fișa de evaluare, în secțiunea dedicată.

(2) În situația în care persoana evaluată refuză să semneze fișa de evaluare, acest aspect se consemnează într-un proces-verbal întocmit de către evaluator și semnat de către acesta și un martor. Refuzul persoanei evaluate de a semna raportul de evaluare nu împiedică producerea efectelor juridice ale acestuia.

(3) Persoana nemulțumită de rezultatul evaluării poate depune contestație în legătură cu evaluarea performanței profesionale individuale, în termen de 5 zile de la comunicarea rezultatului evaluării, la compartimentul de resurse umane.

(4) Contestația persoanei nemulțumite se analizează de conducătorul ierarhic imediat superior, împreună cu liderul sindicatului al cărui membru este salariatul sau, după caz, cu reprezentantul salariaților din instituția publică.

(5) Rezultatul contestației se comunică contestatarului în termen de 5 zile de la depunerea acesteia.

Art.421. – (1) Criteriile de evaluare pentru funcțiile de execuție, sunt următoarele:

1. Cunoștințe și experiență profesională
2. Promptitudine și operativitate în realizarea atribuțiilor de serviciu prevăzute în fișa postului
3. Calitatea lucrărilor executate și a activităților desfășurate
4. Asumarea responsabilităților prin receptivitate, disponibilitate la efort suplimentar, perseverență, obiectivitate, disciplină
5. Intensitatea implicării în utilizarea echipamentelor și a materialelor cu încadrarea în normativele de consum
6. Adaptarea la complexitatea muncii, inițiativă și creativitate
7. Condiții de muncă

(2) Pentru funcțiile de conducere se vor utiliza suplimentar și următoarele criterii de evaluare:

1. Cunoștințe despre scopul, obiectivele și rolul structurii în ansamblul unității
2. Capacitatea de a lua decizii optime și asumarea răspunderii în legătură cu acestea
3. Capacitatea de organizare și de coordonare a activității structurii
4. Capacitatea de a crea în structura condusă un climat stimulative, neconflictual și de bună colaborare cu alte structuri.

CAPITOLUL X

REGULI REFERITOARE LA PREAVIZ

Art.422. – (1) Persoanele concediate în temeiul art. 61 lit. c) și d), al art. 65 și 66 din Codul muncii, beneficiază de dreptul la un preaviz de 20 zile (numărul de zile se stabilește cu respectarea prevederilor din Codul muncii, care menționează: *”ce nu poate fi mai mic de 20 de zile lucrătoare”*), mai puțin în situația persoanelor concediate în temeiul art. 61 lit. d) din Codul muncii, care se află în perioada de probă.

Art.423. – (1) În cazul demisiei termenul de preaviz este obligatoriu. Termenul de preaviz este cel convenit de părți în contractul individual de muncă sau, după caz, cel prevăzut în contractele colective de muncă aplicabile și este de 20 zile lucrătoare pentru salariații cu funcții de execuție, respectiv de 20 zile lucrătoare pentru salariații care ocupă funcții de conducere (ATENȚIE!, numărul de zile se stabilește cu respectarea prevederilor Codului muncii care precizează că, acesta: *”nu poate fi mai mare de 20 de zile lucrătoare pentru salariații cu funcții de execuție, respectiv mai mare de 45 de zile lucrătoare pentru salariații care ocupă funcții de conducere”*).

(2) Scopul preavizului este acela de a asigura angajatorului posibilitatea de a lua măsurile necesare înlocuirii salariatului demisionar, evitându-se astfel consecințele negative pe care le-ar putea avea încetarea intempestivă a contractului de muncă.

(3) Termenul de preaviz este cel convenit de părți în contractul individual de muncă sau, după caz, cel prevăzut în contractele colective de muncă aplicabile și nu poate fi mai mare de 20 de zile lucrătoare pentru salariații cu funcții de execuție, respectiv mai mare de 45 de zile lucrătoare pentru salariații care ocupă funcții de conducere.

(4) Pe durata preavizului contractul individual de muncă continuă să își producă toate efectele.

(5) În situația în care în perioada de preaviz contractul individual de muncă este suspendat, termenul de preaviz va fi suspendat corespunzător.

(6) Contractul individual de muncă încetează la data expirării termenului de preaviz sau la data renunțării totale ori parțiale de către angajator la termenul respectiv.

(7) Nerespectarea de către angajat a termenului de preaviz, fără motive întemeiate, echivalează cu absentarea nemotivată de la locul de muncă, angajatorul având dreptul să declanșeze procedura de cercetare disciplinară.

Prin demisie se înțelege actul unilateral de voință a salariatului care, printr-o notificare scrisă, comunică angajatorului încetarea contractului individual de muncă, după împlinirea unui termen de preaviz. Angajatorul este obligat să înregistreze demisia salariatului. Refuzul angajatorului de a înregistra demisia dă dreptul salariatului de a face dovada acesteia prin orice mijloace de probă. Salariatul are dreptul de a nu motiva demisia.

Art.424. – (1) Salariatul poate demisiona fără preaviz dacă angajatorul nu își îndeplinește obligațiile asumate prin contractul individual de muncă. Astfel de situații pot apărea când angajatorul nu plătește salariul, nu ia măsuri pe linia asigurării sănătății ori securității în muncă, nu creează condițiile optime pentru îndeplinirea normelor de muncă etc. În astfel de situații, contractul de muncă încetează chiar în ziua în care salariatul transmite notificarea sa angajatorului.

(2) De asemenea, angajatorul poate renunța total la termenul de preaviz, demisia fiind în acest caz fără preaviz. Angajatorul poate deasemenea renunța parțial la termenul de preaviz.

(3) Pe durata sau la sfârșitul perioadei de probă, contractul individual de muncă poate înceta exclusiv printr-o notificare scrisă, fără preaviz, la inițiativa oricăreia dintre părți, fără a fi necesară motivarea acesteia.

Art.425. Decizia de concediere ce se comunică angajatului trebuie să conțină în mod obligatoriu și durata preavizului.

Aspecte relative la concediere și termenul de preaviz:

Angajatorul poate dispune concedierea pentru motive care țin de persoana salariatului în următoarele situații:

a) în cazul în care salariatul a săvârșit o abatere gravă sau abateri repetate de la regulile de disciplină a muncii ori de la cele stabilite prin contractul individual de muncă, contractul colectiv de muncă aplicabil sau regulamentul intern, ca sancțiune disciplinară; În acest caz se impune desfășurarea procedurii cercetării disciplinare în mod corespunzător;

b) în cazul în care salariatul este arestat preventiv sau arestat la domiciliu pentru o perioadă mai mare de 30 de zile, în condițiile Codului de procedură penală;

c) în cazul în care, prin decizie a organelor competente de expertiză medicală, se constată inaptitudinea fizică și/sau psihică a salariatului, fapt ce nu permite acestuia să își îndeplinească atribuțiile corespunzătoare locului de muncă ocupat;

d) în cazul în care salariatul nu corespunde profesional locului de muncă în care este încadrat.

Concedierea salariatului pentru motivul prevăzut la lit.d) poate fi dispusă numai după evaluarea prealabilă a salariatului, conform procedurii de evaluare stabilite prin contractul colectiv de muncă aplicabil sau, în lipsa acestuia, prin regulamentul intern.

În cazurile prevăzute la literele c și d este obligatoriu acordarea termenului de preaviz, care nu poate fi mai mic de 20 de zile lucrătoare.

În cazul în care concedierea se dispune pentru motivele prevăzute la lit. c) și d), precum și în cazul în care contractul individual de muncă a încetat de drept în temeiul art. 56 alin. (1) lit. e) Codul Muncii, angajatorul are obligația de a-i propune salariatului alte locuri de muncă vacante în unitate, compatibile cu pregătirea profesională sau, după caz, cu capacitatea de muncă stabilită de medicul de medicină a muncii.

În situația în care angajatorul nu dispune de locuri de muncă vacante potrivit, acesta are obligația de a solicita sprijinul agenției teritoriale de ocupare a forței de muncă în vederea redistribuirii salariatului, corespunzător pregătirii profesionale și/sau, după caz, capacității de muncă stabilite de medicul de medicină a muncii.

Salariatul are la dispoziție un termen de 3 zile lucrătoare de la comunicarea angajatorului, pentru a-și manifesta în scris consimțământul cu privire la noul loc de muncă oferit.

În cazul în care salariatul nu își manifestă consimțământul, precum și după notificarea cazului către agenția teritorială de ocupare a forței de muncă, angajatorul poate dispune concedierea salariatului.

Concedierea pentru motive care nu țin de persoana salariatului:

Concedierea pentru motive care nu țin de persoana salariatului reprezintă încetarea contractului individual de muncă determinată de desființarea locului de muncă ocupat de salariat, din unul sau mai multe motive fără legătură cu persoana acestuia.

Desființarea locului de muncă trebuie să fie efectivă și să aibă o cauză reală și serioasă.

Concedierea pentru motive care nu țin de persoana salariatului poate fi individuală sau colectivă.

Salariații concediați pentru motive care nu țin de persoana lor beneficiază de măsuri active de combatere a șomajului și pot beneficia de compensații în condițiile prevăzute de lege și de contractul colectiv de muncă aplicabil.

În cazul situațiilor de concediere din motive care nu țin de persoana salariatului, se impune obligatoriu acordarea angajatului a termenului de preaviz, care nu poate fi mai mic de 20 de zile lucrătoare.

Contractul individual de muncă încetează la data expirării termenului de preaviz sau la data renunțării totale ori parțiale de către angajator la termenul respectiv.

CAPITOLUL XI - POLITICA GENERALĂ DE FORMARE A SALARIAȚILOR -

Informații cu privire la politica generală de formare a salariaților

Art.426. Salariații au dreptul să beneficieze, la cerere, de concedii pentru formare profesională, cu respectarea condițiilor prevăzute de legislația în vigoare. Concediile pentru formare profesională se pot acorda cu sau fără plată, conform art. 154 din Codul Muncii.

Art.427. Concediile fără plată pentru formare profesională se acordă la solicitarea salariatului, pe perioada formării profesionale pe care salariatul o urmează din inițiativa sa.

Angajatorul poate respinge solicitarea salariatului numai cu acordul șefului ierarhic și numai dacă absența salariatului ar prejudicia grav desfășurarea activității.

Cererea de concediu fără plată pentru formare profesională trebuie să fie înaintată angajatorului cu cel puțin o lună înainte de efectuarea acestuia și trebuie să precizeze data de începere a stagiului de formare profesională, domeniul și durata acestuia, precum și denumirea instituției de formare profesională.

Efectuarea concediului fără plată pentru formare profesională se poate realiza și fracționat în cursul unui an calendaristic, pentru susținerea examenelor de absolvire a unor forme de învățământ sau pentru susținerea examenelor de promovare în anul următor în cadrul instituțiilor de învățământ superior.

Art.428. În cazul în care angajatorul nu și-a respectat obligația de a asigura pe cheltuiela sa participarea unui salariat la formare profesională în condițiile prevăzute de lege, salariatul are dreptul la un concediu pentru formare profesională, plătit de angajator, de până la 10 zile lucrătoare sau de până la 80 de ore. Indemnizația de concediu va fi stabilită conform art. 150 din Codul Muncii, respectiv: Pentru perioada concediului de odihnă salariatul beneficiază de o indemnizație de concediu, care nu poate fi mai mică decât salariul de bază, indemnizațiile și sporurile cu caracter permanent convenite pentru perioada respectivă, prevăzute în contractul individual de muncă. Indemnizația de concediu de odihnă reprezintă media zilnică a drepturilor salariale din ultimele 3 luni anterioare celei în care este efectuat concediul, multiplicată cu numărul de zile de concediu.

Perioada în care salariatul beneficiază de concediul plătit pentru pregătire profesională, se stabilește de comun acord cu angajatorul. Cererea de concediu plătit pentru formare profesională va fi înaintată angajatorului în condițiile prevăzute mai sus.

Durata concediului pentru formare profesională nu poate fi dedusă din durata concediului de odihnă anual și este asimilată unei perioade de muncă efectivă în ceea ce privește drepturile convenite salariatului, altele decât salariul.

Art.429. Formarea profesională a salariaților se poate realiza prin următoarele forme:

- a) participarea la cursuri organizate de către angajator sau de către furnizorii de servicii de formare profesională din țară ori din străinătate;
- b) stagii de adaptare profesională la cerințele postului și ale locului de muncă;
- c) stagii de practică și specializare în țară și în străinătate;
- d) ucenicie organizată la locul de muncă;
- e) formare individualizată;

f) alte forme de pregătire convenite între angajator și salariat.
Angajatorii au obligația de a asigura participarea la programe de formare profesională pentru toți salariații, după cum urmează:

a) cel puțin o dată la 2 ani, dacă au cel puțin 21 de salariați;

b) cel puțin o dată la 3 ani, dacă au sub 21 de salariați.

(2) Cheltuielile cu participarea la programele de formare profesională, asigurată în condițiile alin. (1), se suportă de către angajatori

Art.430. În cazul în care participarea la cursurile sau stagiile de formare profesională este inițiată de angajator, toate cheltuielile ocazionate de această participare sunt suportate de către acesta. În această situație, pe perioada participării la cursurile sau stagiile de formare profesională, salariatul va beneficia, pe toată durata formării profesionale, de toate drepturile salariale deținute. Pe perioada participării la cursurile sau stagiile de formare profesională, salariatul beneficiază de vechime la acel loc de muncă, această perioadă fiind considerată stagiul de cotizare în sistemul asigurărilor sociale de stat. Salariații care au beneficiat de un curs sau un stagiul de formare profesională, plătit de angajator, nu pot avea inițiativa încetării contractului individual de muncă pentru o perioadă stabilită prin act adițional. Nerespectarea de către salariat a dispoziției antementionate, determină obligarea acestuia la suportarea tuturor cheltuielilor ocazionate de pregătirea sa profesională, proporțional cu perioada nelucrată din perioada stabilită conform actului adițional la contractul individual de muncă.

Art.431. Durata obligației salariatului de a presta muncă în favoarea angajatorului care a suportat cheltuielile ocazionate de formarea profesională, precum și orice alte aspecte în legătură cu obligațiile salariatului, ulterioare formării profesionale, se stabilesc prin act adițional la contractul individual de muncă.

Art.432. Obligația salariatului la suportarea tuturor cheltuielilor ocazionate de pregătirea sa profesională, proporțional cu perioada nelucrată din perioada stabilită conform actului adițional la contractul individual de muncă, revine și salariaților care au fost concediați în perioada stabilită prin actul adițional, pentru motive disciplinare, sau al căror contract individual de muncă a încetat ca urmare a arestării preventive pentru o perioadă mai mare de 60 de zile, a condamnării printr-o hotărâre judecătorească definitivă pentru o infracțiune în legătură cu munca lor, precum și în cazul în care instanța penală a pronunțat interdicția de exercitare a profesiei, temporar sau definitiv.

CAPITOLUL XII - PROGRAMUL ORAR

Art.433. - Programul orar al spitalului și activitățile care se desfășoară în cadrul acestuia se stabilesc de către managerul Spitalului Salvosan Ciobanca I, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

Art.434. – (1) Programul orar al Spitalului este următorul:

Personalul administrativ și sanitar își va desfășura activitatea conform graficului de lucru/program orar.

Durata maximă legală a timpului de muncă nu poate depăși 48 de ore pe săptămână, inclusiv orele suplimentare.

Continuitatea asistentei medicale se asigură prin serviciu de gardă la domiciliu.

Medici de gardă vor respecta întocmai prevederile Regulamentului de Organizare și Funcționare, Regulamentul de Ordine Interioară al spitalului.

Munca suplimentară este munca efectuată în afara programului de lucru menționat anterior și se va putea efectua numai cu acordul prealabil al angajatorului și al salariatului, exprimat în forma scrisă. Munca suplimentară efectuată individual se va evidenția pe formularul întocmit zilnic – foaie colectivă de prezentă. Munca suplimentară și munca de

noapte (intre orele 23:00-07:00) se va salariza potrivit prevederilor legale in vigoare, a contractului colectiv de munca si a contractului individual de munca.

Art.434. Derogările individuale de la acest program pot fi aprobate numai de conducerea Angajatorului. Programul de lucru inegal poate functiona numai daca este specificat expres in contractul individual de munca.

Art. 436. Angajatorul poate stabili programe individualizate de munca , cu acordul sau la solicitarea salariatilor, cu respectare dispozitiilor art. 112 si 114 din C. Muncii.

Art.437. Angajatorul va tine evidenta orelor de munca prestate de fiecare salariat si va supune controlului inspectiei muncii aceasta evidenta ori de cate ori este solicitat.

(2) În situația că se impune, funcție de necesitățile curente ale structurilor din cadrul Spitalului Salvosan Ciobanca I sau de anumite probleme personale ale personalului spitalului, programul orar pentru una sau mai multe persoane poate fi modificat la propunerea șefului locului de muncă interesat sau a persoanei interesate, de către managerul spitalului.

Art.438. – Timpul de muncă al diferitelor categorii de personal din cadrul Spitalul, precum și modul de organizare al gărzilor în cadrul spitalului este cel prevăzut de *O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.*

CAPITOLUL XIII – SOLUȚIONARE A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR

Art.439. –Gestionarea a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților și pacienților are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modul în care sunt preluate, înregistrate, analizate și se răspunde reclamațiilor primite de la personalul propriu al spitalului cât și de la pacienți;
- b) Identificarea activităților / proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții și acțiuni corective;
- c) Asigură posibilitatea întocmirii unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei reclamațiilor care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate și conexe acestora oferite de spital;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o nemulțumiri din partea persoanelor care au adresat reclamații;
 - o repartizarea incorectă a reclamațiilor în vederea soluționării acestora;
 - o măsuri inadecvate în sensul soluționării în limitele prevederilor legale a tuturor reclamațiilor;
 - o întârzieri în transmiterea răspunsurilor formulate pentru fiecare dintre reclamații..

Art.440. – (1) Oricare din angajați poate solicita sprijinul șefilor direcți și al conducerii Spitalului pentru rezolvarea problemelor personale și are dreptul să facă sesizări în legătură cu acțiunile unor șefi sau cu dispozițiile pe care le consideră nedrepte. De asemenea, pacienții nemulțumiți de calitatea serviciilor de sănătate acordate în cadrul Spitalului au dreptul de a adresa verbale, în scris conducerii spitalului reclamații/sesizări, observații sau recomandări.

(2) Solicitățile personalului propriu al spitalului care conțin propuneri, sesizări, reclamații sau cereri pot fi verbale, în scris ori prin poștă electronică, referirile acestora fiind numai în legătură cu problemele proprii apărute la locul de muncă și în activitatea desfășurată.

Este interzis ca în rapoartele scrise, înaintate prin serviciile de poștă să fie trecute date cu conținut secret de serviciu.

(3) Rapoartele scrise ale personalului propriu al spitalului, cât și reclamațiile/sesizările pacienților trebuie semnate, cele nesemnate nu vor fi luate în considerare, fiind socotite nule, indiferent de conținutul lor.

(4) Cel care face o sesizare, reclamație sau cerere poartă întreaga răspundere pentru afirmațiile sale, în conformitate cu prevederile legislației.

Art.441. - Rapoartele adresate de către personalul propriu al spitalului trebuie să fie făcute în limitele politeții, să se refere numai la problemele care pot fi probate cu dovezi și să privească strict persoana celui în cauză. Ele se adresează conducătorului ierarhic superior, iar la solicitarea semnatarului se înaintează ulterior și altor șefi ierarhici. Niciun manager/șef nu are dreptul să interzică subordonatului să înainteze un raport managerului/șefului ierarhic superior.

Art.442. - (1) Reclamațiile de orice natură adresate atât de către personalul propriu al spitalului cât și de către pacienți/apartinători, inclusiv cele depuse în cutiile poștale din cadrul spitalului, se înregistrează în registrul de evidență a petițiilor de către personalul compartimentului registratură, urmând a fi prezentate managerul spitalului.

(2) Reclamațiile formulate de pacienți și depuse în cutiile poștale din cadrul structurilor medicale sunt colectate zilnic de asistenta șefă și transmise secretariatul spitalului, cu adresă de înaintare semnată de coordonatorul de structură.

(3) Managerul este obligat să primească rapoartele subordonaților cât și reclamațiile pacienților și să acorde toată atenția rezolvării legale a acestora.

(4) Repartizarea reclamațiilor în vederea soluționării lor de către personalul de specialitate din cadrul spitalului se face de către managerul spitalului.

(5) Reclamația individuală primită de la angajat sau pacient va fi tratată confidențial și se va comunica soluționarea în termenul stabilit de lege, urmând ca problemele de ordin general să poată fi aduse la cunoștința întregului personal din subordine, în părțile care-l privesc.

(6) În cazul în care problemele sesizate în cerere sau în reclamație necesită o cercetare mai amănunțită, conducerea spitalului numește o persoană sau o comisie care să verifice realitatea lor.

(7) În urma verificării problemelor sesizate în cerere sau în reclamație, persoana sau comisia numită întocmește un proces verbal cu constatări, concluzii și propuneri și îl supune aprobării conducerii Spitalului.

Art.443. - (1) Managerul este obligat să analizeze și să ia măsuri; răspunsul fiind comunicat verbal sau în scris celui în cauză în termen de 30 de zile de la data înregistrării acestuia în registrul special destinat, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. În cazul în care:

- sesizarea nu este de competența sa - îl va înainta, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare instituțiilor în drept, comunicând aceasta celui în cauză;

- problemele din cerere nu au putut fi soluționate în termenul legal - întrucât au necesitat o cercetare mai amănunțită - poate prelungi termenul de soluționare, cu cel mult 15 zile, cu obligația de a aduce - în scris - la cunoștință despre aceasta autorului reclamației, în intervalul celor 30 de zile de la dată înregistrării reclamației, despre luarea în evidență a acesteia și prelungirea termenului de soluționare.

(2) Pentru rezolvarea unor probleme curente ale personalului propriu al spitalului (solicitări de concedii, învoiri, participări la diferite forme de perfecționare, etc.), care nu necesită un răspuns elaborat, șefii ierarhici vor înscrie hotărârea luată în rezoluție pe cererile personale ale subordonaților, care vor lua la cunoștință despre aceasta, funcție de situație, pe aceeași cerere.

(3) Răspunsurile către petiționari se redactează de către structura de specialitate care a soluționat raportul/reclamația, iar semnarea acestora se face de către managerul spitalului, precum și de către coordonatorul structurii de specialitate care a soluționat petiția. În răspuns se va indica, în mod obligatoriu, temeiul legal al soluției adoptate.

Art.444. – (1) Salariații nu pot formula două petiții privitoare la aceeași problemă.

(2) În cazul în care răspunsul nu a fost primit în termenul legal sau nu îl satisface, solicitantul are dreptul să se adreseze șefului ierarhic al celui care i-a formulat răspunsul inițial, respectiv autorității tutelare, menționând cauza pentru care recurge la acest drept.

(3) În cazul în care un salariat/pacient adresează în aceeași perioadă de timp două sau mai multe petiții cu același obiect, acestea se vor conexe, salariatul/pacientul urmând să primească un singur răspuns.

(4) Dacă după trimiterea răspunsului se primește o nouă petiție cu același conținut sau care privește aceeași problemă, aceasta se clasează, făcându-se mențiune că s-a verificat și i s-a dat deja un răspuns petiționarului.

Art.445. – (1) Coordonatorul unei structuri din cadrul spitalului care comite o nedreptate sau are o atitudine nejustificată față de un subaltern, pentru că acesta a făcut o reclamație sau o sesizare justă, poartă răspunderea pentru aceasta.

Art.446. – (1) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor/reclamațiilor scrise personalului din spital sau din afara acesteia, se ține la nivelul secretariatului spitalului, într-un registru special destinat.

(2) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor personalului din spital sau din afara acesteia, prezentate verbal cu ocazia audiențelor solicitate managerului Spitalului, va fi consemnată într-un registru destinat acestui scop, păstrat la nivelul secretariatului Spitalului.

(3) Clasarea și arhivarea reclamațiilor adresate de către personalul propriu și/sau pacienți, expedierea răspunsurilor către aceștia și anexarea xerocopiilor răspunsurilor la petiții se realizează de către personalul secretariatului spitalului.

Art.447.– (1) În cadrul spitalului, personalul C.M.C.S.M. va întocmi analize lunare ale modului în care au fost soluționate sugestiile și reclamațiile primite și înregistrate la nivelul registraturii spitalului în luna precedentă, care vor fi supuse atenției Consiliului medical și, după caz, Comitetului director.

(2) În mod distinct, în cadrul analizelor se va acorda o atenție sporită următoarelor categorii de reclamații:

- a) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind hrana primită;
- b) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor.

(3) În sensul celor menționate, directorul administrativ al spitalului are obligația de a pune la dispoziția C.M.C.S.M. toate informațiile necesare întocmirii analizei lunare a reclamațiilor primite, în partea care privește soluționarea celor care se referă la hrana primită și aspectul lenjeriei, în contextul în care acesta subordonează în mod direct bucătăria și spălătoria spitalului, iar serviciile asigurate de către acestea au un impact major în ceea ce privește modul în care este percepută calitatea serviciilor asigurate de către spital, precum și modul în care se adoptă măsuri eficiente de siguranță a pacienților și angajaților spitalului.

Art.448. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de gestionare a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților și pacienților sunt următorii:

a) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la probleme etice în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

b) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienții în ultimul an

calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință.

c) Numărul de reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu privind hrana primită în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

d) Numărul de reclamații ale pacienților / aparținătorilor / personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

e) Numărul de reclamații ale pacienților/personalului privind activitatea din cadrul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință.;

f) În ultimul an calendaristic încheiat, colectarea sugestiilor și/sau reclamațiilor pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu să se realizeze în proporție de 100% la nivelul cutiilor poștale din cadrul structurilor spitalului

g) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu înregistrate în registratură să fie în proporție de 100% în raport cu cele colectate în ultimul an calendaristic încheiat.

CAPITOLUL XIV – SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ

Art.449. (1) Reglementarea privind soluționarea pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă are ca principale scopuri:

a) stabilirea modului extrajudiciar de soluționare a unor eventuale conflicte individuale de muncă;

b) stabilirea în mod expres a dreptului părților de a fi asistate de către un consultant extern;

c) degrevarea instanțelor judecătorești;

d) asigurarea soluționării cu celeritate a eventualelor litigiilor de muncă;

e) posibilitatea de a stabili prin contractul individual de muncă a opțiunii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă.

f) adaptarea legislației muncii astfel încât să permită informarea și consultarea reciprocă a angajatorilor și angajaților încă de la încheierea relațiilor de muncă și ulterior, pe parcursul derulării acestora;

(2) Soluționarea pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă elimină/ tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- neinformarea angajatorilor și angajaților la încheierea relațiilor de muncă și pe parcursul derulării acestora;

- aglomerarea instanțelor de judecată cu conflicte individuale de muncă ce ar fi putut fi soluționate extrajudiciar.

- tergiversarea soluționării litigiilor de muncă.

Art.450. (1) Părțile din contractul individual de muncă pot decide asupra parcurgerii sau neparcurgerii demersurilor de conciliere în scopul soluționării unui conflict individual de muncă pe cale amiabilă.

(2) Procedura devine obligatorie atunci când la încheierea contractului individual de muncă sau pe parcursul executării acestuia părțile cuprind expres în contractul individual de muncă o clauză prin care stabilesc ca orice conflict individual de muncă să se soluționeze pe cale amiabilă prin conciliere.

(3) În soluționarea amiabilă a unui conflict de muncă se poate apela la ajutorul unui consultant extern specializat în legislația muncii, în condiții de neutralitate, imparțialitate, confidențialitate și având liberul consimțământ al părților. În acest sens fiecare parte poate fi asistată sau reprezentată de un consultant extern- avocat, expert în legislația muncii, mediator specializat în legislația muncii, care prin rolul său activ va stăruia ca părțile să acționeze responsabil pentru stingerea conflictului, cu respectarea drepturilor salariaților recunoscute de lege sau stabilite prin contractul individual de muncă.

(4) Începerea demersurilor de conciliere are ca prim pas transmiterea unei invitații scrise în cuprinsul căreia se va stabili expres data la care va avea loc deschiderea procedurii de conciliere.

(5) Data începerii demersurilor de conciliere nu poate depăși 5 zile lucrătoare de la data comunicării invitației. Comunicarea invitației la conciliere trebuie să se realizeze prin mijloacele de comunicare prevăzute expres în contractul individual de muncă (poștă, email, înmânare sub semnătură de primire), astfel încât să fie adusă la cunoștința celeilalte părți într-un termen rezonabil.

(6) Procedura de conciliere, potrivit dispozițiilor Codul Muncii, se constată închisă în următoarele situații:

1. când în urma dezbaterilor, părțile conflictului de muncă ajung la o soluție;

În această situație consultantul extern va redacta un acord care va conține înțelegerea părților și modalitatea de stingere a conflictului. Acordul se semnează de către părți și consultantul extern și va produce efecte de la data semnării sau de la o altă dată expres prevăzută în conținutul acestuia.

2. prin constatarea de către consultantul extern eșuării concilierii;

Dacă ambele părți se prezintă la data stabilită pentru deschiderea concilierii însă nu reușesc soluționarea pe cale amiabilă a conflictului individual de muncă, procedura concilierii se încheie prin întocmirea unui Proces-verbal semnat de părți și de către consultantul extern.

3. prin neprezentarea uneia dintre părți la data stabilită prin invitație;

În această situație lipsa părții este asimilată unui refuz, iar procedura se încheie prin întocmirea unui proces-verbal semnat de părți și consultantul extern.

(7) În cazul în care părțile au semnat numai o înțelegere parțială, când s-a constatat eșuarea concilierii, precum și atunci când o parte nu a fost prezentă la data stabilită pentru conciliere, orice parte se poate adresa instanței de judecată competentă, în vederea soluționării în totalitate a conflictului individual de muncă.

(8) Chiar dacă prin voința angajatului și a angajatorului procedura concilierii devine obligatorie, parcurgerea acesteia nu înlătură posibilitatea părților contractului individual de muncă să se adreseze instanței de judecată, însă termenul de contestare a conflictelor de muncă se va suspenda pe toată durata concilierii. Astfel că la data la care cauza de suspendare a încetat, adică procedura a fost închisă conform procesului verbal, termenul de contestare a conflictului de muncă își reia cursul, socotindu-se pentru împlinirea termenului și timpul scurs înainte de suspendare.

(9) Părțile au libertatea de a determina natura conflictelor individuale de muncă care urmează să se soluționeze prin procedura concilierii. Părțile pot avea în vedere soluționarea oricărui conflict, indiferent de natura sa sau pot limita soluționarea amiabilă, conform voinței comune, la anumite categorii de interese (economice, financiare, sociale) sau numai cu privire

la anumite etape privind derularea și executarea contractului individual de muncă (modificarea, suspendarea sau încetarea contractului individual de muncă).

(10) Parcurgerea procedurii în lipsa unui consultant extern nu este de natură a produce consecințe juridice, ci poate constitui, cel mult, o tranzacție cu privire la fondul litigios.

Art.451. (1) Modul de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă vizează în mod exclusiv soluționarea conflictelor individuale de muncă.

(2) Modalitate amiabilă de soluționare a conflictelor individuale de muncă, fără a îngreuna accesul la justiție;

(3) Prezenta reglementare este facultativă, părțile au posibilitatea de a opta, atât la momentul încheierii contractului individual de muncă cât și pe parcursul executării acestuia, să cuprindă sau nu în contract o clauză prin care stabilească soluționarea conflictului prin conciliere.

Art.452. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă sunt următorii:

1. Numărul de conflicte individuale de muncă înregistrate în secretariatul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul angajaților;

2. În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de conflicte individuale de muncă soluționate prin conciliere este direct proportional cu numărul total al conflictelor individuale de muncă înregistrate.

CAPITOLUL XV - DISPOZIȚII FINALE

Art.453. – (1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile în Ministerul Sănătății și ale legislației muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul Spitalului Salvosan Ciobanca I a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de compartimente funcționale ale Spitalului, 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) În măsura în care actele normative menționate în prezentul Regulament se modifică, se completează sau se abrogă, prevederile Regulamentului 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 cadrul spitalului, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art.454. - Anexele nr. 1 la 10 fac parte integrantă din prezentul Regulament.

DEFINIȚII

În întregul text al prezentului Regulament, următorii termeni au următoarele înțelesuri:

Act medical - acțiunea personalului medical exercitată în relație directă cu pacientul în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, diagnosticării, tratării, acordării de îngrijiri medicale, reabilitării, precum și monitorizării stării de sănătate a acestuia.

Compartimente funcționale ale Spitalului – oricare din elementele prevăzute în organigrama Spitalului, de la funcția independentă la secție, denumite în continuare și “**Microstructuri**”.

Conducerea spitalului/spitalului – Managerul Spitalului sau orice alte persoane cu funcții de conducere pe care acesta l-a delegat/mandatat în acest scop.

Conducătorul ierarhic superior – desemnează persoana care ocupă funcția imediat superioară unui anumit post în organigrama Spitalului și care asigură coordonarea și supravegherea activității acestuia.

Discriminare - distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale.

Discriminare bazată pe criteriul de sex – discriminarea directă și discriminarea indirectă, hărțuirea și hărțuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă sau în alt loc în care aceasta își desfășoară activitatea; Constituie discriminare bazată pe criteriul de sex orice comportament nedorit, definit drept hărțuire sau hărțuire sexuală, având ca scop sau efect:

a) de a crea la locul de muncă o atmosferă de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectată;

b) de a influența negativ situația persoanei angajate în ceea ce privește promovarea profesională, remunerația sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea și perfecționarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ține de viața sexuală.

Discriminare directă – situația în care o persoană este tratată mai puțin favorabil, pe criterii de sex, decât este, a fost sau ar fi tratată altă persoană într-o situație comparabilă.

Discriminare indirectă – situația în care o dispoziție, un criteriu sau o practică, aparent neutră, ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex în raport cu persoanele de alt sex, cu excepția cazului în care această dispoziție, acest criteriu sau această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare și necesare;

Discriminare multiplă – orice faptă de discriminare bazată pe două sau mai multe criterii de discriminare.

Evaluarea salariaților – procesul prin care se apreciază nivelul de dezvoltare profesională a acestora.

Hărțuire – situația în care se manifestă un comportament nedorit, legat de sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității persoanei în cauză și crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Hărțuire sexuală – situația în care se manifestă un comportament nedorit cu conotație sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Intervenție medicală - orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare.

Îngrijiri de sănătate - serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical.

Îngrijiri terminale - îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Locul de muncă – este zona delimitată în spațiu, în funcție de specificul muncii, înzestrată cu mijloacele și cu materialele necesare muncii, în vederea realizării unei operații, lucrări sau pentru îndeplinirea unei activități de către unul ori mai mulți executanți, cu pregătirea și îndemânarea lor, în condiții tehnice, organizatorice și de protecție a muncii corespunzătoare, din care se obține un venit în baza unui raport de muncă ori de serviciu cu un angajator.

Decizie – Dispoziție a managerului dată în condițiile legii, obligatoriu a fi pusă în aplicare de către responsabilii nominalizați în aceasta;

Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În Spitalul Salvosan Ciobanca I se acordă servicii medicale pacienților adulți, în limita specialităților medicale existente în cadrul spitalului.

Personal – Personalul de conducere și personalul de execuție, de toate categoriile, împreună.

Pseudonimizare - înseamnă prelucrarea datelor cu caracter personal într-un asemenea mod încât acestea să nu mai poată fi atribuite unei anume persoane vizate fără a se utiliza informații suplimentare, cu condiția ca aceste informații suplimentare să fie stocate separat și să facă obiectul unor măsuri de natură tehnică organizatorică care să asigure neatribuirea respectivelor date cu caracter personal unei persoane fizice identificate sau identificabile.

„Regulament” – Regulament de ordine interioară.

Servicii de sănătate - totalitatea activităților medicale și nemedicale, necesare stabilirii riscului de boală, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor medicale și monitorizării stării de sănătate pacienților.

Transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul.

S.I.C. - Sistemele informatice și de comunicații.

„Spitalul” – Spitalul Salvosan Ciobanca I, cu sediul social în Zalău str. Dumbrava nr. 48 bl TCI, denumit în conținutul Regulamentului și **“Angajatorul”**.

**ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT
REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARĂ AL
SPITALULUI**

- Constituția României;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr.53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S. nr. 446/2017 pentru aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;
- O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor;
- O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- 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 II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;
- Orice alte acte normative în vigoare incidente domeniilor din prezentul Regulament.

ACORDUL SCRIS AL PACIENTULUI

I. Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a acorda interviu în incinta Spitalului _____, de către dl/d-na jurnalist _____ al publicației _____
(Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru acordarea interviului)

Data: ____ / ____ / ____

II. Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul ca acesta să acorde interviu în Spitalul _____ de către dl/d-na jurnalist _____ al publicației _____.

(*Se completează în cazul minorilor sub 16 ani sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu).

(Semnătura reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru interviu)

Data: ____ / ____ / ____

III. Subsemnatul _____, în calitate de medic curant al pacientului _____ (numele și prenumele pacientului menționat în prezentul formular), sunt de acord ca acesta să acorde interviu în incinta Spitalului _____, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

(Semnătura medicului curant) _____

Data: ____ / ____ / ____

DECLARAȚIE JURNALIST

Subsemnatul _____, jurnalist _____ al publicației _____ declar pe proprie răspundere că nu voi filma/înregistra cu dispozitive ascunse cât mă voi afla în incinta Spitalului _____ și nu voi intervieva persoane care nu și-au dat acordul în scris în acest sens sau care nu au acordul managerului/medicului curant.

De asemenea, declar că am luat la cunoștință de regulile instituite prin procedura de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia, pe care mă oblig să le respect.

Data ____ / ____ / ____

Semnatura _____

REGULI DE RELAȚIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA

Personalul din cadrul Spitalului sau detașat, potrivit legii, poate avea relații cu mass-media, numai în condițiile respectării următoarelor reguli:

Regula nr. 1 - pentru relațiile oficiale cu mass-media

Să aibă aprobarea managerului, să respecte prevederile legale și reglementările în vigoare privind protecția informațiilor, să exprime numai puncte de vedere oficiale, nu personale și să se refere doar la probleme din aria sa de competență și responsabilitate; să consulte responsabilul cu relații publice înainte de contactul cu mass-media; să fie asistat de personalul cu activitatea de relații publice.

Regula nr. 2 - pentru relațiile particulare cu mass-media

Să solicite aprobarea managerului, să nu aducă prejudicii prestigiului instituției prin activitatea sa publicitară sau aparițiile publice; activitatea publicistică și relațiile cu mass-media să se întemeieze pe respectarea prevederilor legale precum și a echidistanței politice a instituției; în lipsa unui mandat, să facă numai declarații în nume personal precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel Spitalul.

Regula nr. 3 - pentru relațiile ocazionale cu mass-media, când nu există timpul necesar pentru obținerea aprobării sau pentru consultarea personalului cu activitatea de relații publice

(1) Să facă numai declarații în nume personal, precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel Spitalul, având grijă ca declarațiile făcute să nu afecteze negativ prestigiul Spitalului, intimitatea sau siguranța personalului Spitalului, desfășurarea unor cercetări în curs.

(2) Ulterior să informeze managerul și personalul responsabil de activitatea cu relații publice despre acest lucru.

Regula nr. 4

Declarațiile tendențioase sau comentariile făcute în necunoștință de cauză, care angajează Spitalul sau aduc prejudicii onoarei și demnității categoriei profesionale din care face parte, atrag după sine răspunderea doar celor care le fac.

Regula nr. 5

Difuzarea către mass-media, sub orice formă, a unor informații referitoare la Spital, care sunt exceptate de la accesul liber al personalului, va atrage după sine consecințele prevăzute de reglementările în vigoare;

ACORD LIBER CONSIMTIT

Subsemnatul,

.....CNP.....domiciliat
în....., posesor al C.I. seria.....nr....., declar ca am luat
la cunostinta despre informatiile cu privire la scopul, durata, procedurile utilizate, riscurile,
beneficiile, limitele confidentialitatii serviciilor psihologice si despre dreptul de a ma retrage
oricand de la desfasurarea evaluarii/interventiei psihologice.

Totodata, potrivit dispozitiilor prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al
Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor
fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a
acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția
datelor), imi exprim consimtamantul, in mod expres si neechivoc, pentru utilizarea si
prelucrarea datelor mele cu caracter personal in vederea realizarii si intocmirii Raportului de
psihodiagnostic si evaluare clinica.

Declar ca sunt de acord ca rezultatele evaluarii si recomandarile psihologului evaluator
sa fie comunicate structurii care solicitat evaluarea precum și managerului/sefului direct.

Data:

Nume si prenume

Semnatura

PROTOCOL DE COLABORARE

CAP. I Părțile.

Spitalul _____, cu sediul în _____, strada _____, nr. ___, tel/fax _____, reprezentat prin _____ în calitate de director medical _____ și:

.....
convin prin prezentul protocol să colaboreze pentru realizarea scopului și obiectivelor precizate, adoptând de comun acord metodologia de lucru și supunându-se în totalitate obligațiilor comune și a celor stabilite de cealaltă parte.

CAP. II Scopul.

Scopul prezentului protocol îl reprezintă stabilirea cadrului, a modului de colaborare între părți și a promovării reciproce.

CAP. III Obiectul.

Obiectul prezentului protocol de colaborare îl reprezintă cooperarea pe următoarele direcții:

– Realizarea _____ studiului

.....
– Folosirea în acest scop a arhivei medicale a spitalului.

CAP IV Metodologia de lucru

Părțile semnatare convin asupra următoarelor modalități de lucru:

CAP V Obligațiile părților.

1. Obligațiile Spitalului _____:

– Să pună la dispoziția partenerului documentele din arhiva medicală a spitalului referitoare la _____

.....
– Să asigure partenerului condițiile necesare culegerii și prelucrării datelor la sediul spitalului, astfel încât documentele medicale de arhivă să nu părăsească incinta instituției.

2. Obligațiile

– Respectarea normelor de protecție a informațiilor clasificate;

– Respectarea confidențialității datelor pacienților;

– Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;

– Numele Spitalului _____ să fie menționat în cursul lucrării finale;

– Spitalul _____ să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale;

CAP VI Protecția informațiilor.

.....

CAP VII Durata protocolului

Prezentul protocol are valabilitatea de luni/ani de la data semnării sale, cu posibilitate de prelungire prin act adițional, cu acordul părților.

Alte

mențiuni:

.....

CAP VIII Denunțare

Constituie motiv de reziliere a prezentului contract următoarele:

- Nerespectarea de către părțile contractante a prevederilor prezentului protocol;
-

Constituie motiv de încetare a prezentului protocol următoarele:

- Terminarea studiului;
- Acordul părților pentru încetarea colaborării;
- Forța majoră, dacă este invocată.

CAP IX Litigii

Orice litigiu se soluționează pe cale amiabilă.

Când litigiul nu a putut fi soluționat pe cale amiabilă, sunt competente instanțele judecătorești, în conformitate cu legislația română.

CAP X Dispoziții finale.

Încheiat astăzi,, în 2 exemplare, ambele cu valoare de original, câte un exemplar pentru fiecare parte.

Manager

Director medical

Solicitant

Ghid privind comunicarea cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Întrucât cancerul este un diagnostic devastator, contează în mare măsură ca relația medicului cu pacientul său să se caracterizeze prin empatie, onestitate și o legătură umană cu acesta și familia sa. Se impune în acest context ca medicii să construiască în mod eficient relația cu pacientul, să îi ofere acestuia informații adecvate și să abordeze toate îngrijorările lui, în ciuda constrângerilor de timp specifice practicii clinice.

Comunicarea în practica oncologică prezintă numeroase provocări. Adesea, clinicienii trebuie să împărtășească veștile neplăcute pacienților și familiilor acestora. La primirea informațiilor despre diagnostic și tratamentul necesar, pacienții pot reacționa prin frică, durere, negare, furie. Astfel de emoții puternice pun medicii în situații inconfortabile.

Pe de altă parte, cancerul presupune efectuarea unor tratamente complicate, iar majoritatea pacienților nu dețin un background educațional care să-i ajute să înțeleagă boala și terapiile necesare. La rândul lor, medicii beneficiază de o pregătire redusă în ceea ce privește maniera în care ar trebui să furnizeze informațiile despre problemele complexe de sănătate generate de cancer, astfel încât acestea să fie înțelese și acceptate de către pacienți și non-experti.

Cu ocazia discutării diagnosticului și a prognosticului bolii, medicul trebuie să furnizeze informații adaptate nevoilor pacientului/reprezentantului legal, care să îi ofere acestuia speranță și încurajare, fără a-l induce însă în eroare. Se recomandă ca termenii folosiți să fie simpli și direcți, iar informațiile să fie furnizate clar și succinct, într-un limbaj non-tehnic. Când știrile sunt nefavorabile, este bine ca medicii să urmeze pași suplimentari pentru a răspunde eventualelor nevoi și nelămuriri ale pacienților/ reprezentantului legal . Comunicarea unor astfel de informații se va desfășura, pe cât posibil, într-un cadru adecvat, în particular, medicul exprimându-și solidaritatea față de pacient și răspunzând cu empatie emoțiilor întâmpinate de acesta. După transmiterea veștilor defavorabile, se face o pauză, pentru ca pacientul/ reprezentantul legal să absoarbă ceea ce i s-a spus (tăcerea de susținere). Se așteaptă ca pacientul/ reprezentantul legal să răspundă înainte de a i se mai comunica și altceva. În situația în care acesta nu spune nimic, medicii pot pune întrebări precum: «La ce vă gândiți?» sau să răspundă empatic «Păreți copleșit!». Cantitatea de informații trebuie adaptată stării emoționale a pacientului. Se recomandă ca pacienții/ reprezentantii legali să fie îndemnați să pună întrebări și să li se dea timp pentru a-și exprima îngrijorările.

Clinicienii ar trebui să le prezinte pacienților/ reprezentantilor legali toate opțiunile de tratament, inclusiv posibilitatea participării la studii clinice (dacă există) și o variantă individualizată de îngrijire paliativă. În contextul discutării opțiunilor de tratament, este esențial să se clarifice obiectivele terapiilor disponibile (vindecarea versus prelungirea supraviețuirii versus îmbunătățirea calității vieții), astfel încât pacientul/ reprezentantul legal să înțeleagă rezultatele probabile și să poată asocia obiectivele tratamentului cu obiectivele de îngrijire. Este necesar ca pacienții/ reprezentantii legali să fie informați și în legătură cu potențialele beneficii și dezavantaje ale fiecărei variante de terapie, iar înțelegerea acestora să fie verificată de către medic.

Fiecare medic trebuie să găsească o abordare diferențiată și personalizată în funcție de caracteristicile pacientului/ reprezentantului legal cu care lucrează. Conștientizarea faptului că procesul de comunicare necesită o abordare specială culminează prin înțelegerea existenței "momentului oportun", atunci când informațiile și adevărurile pot fi oportune și adecvat percepute și alte momente în care acestea nu sunt.

Pacienții/ reprezentanții legali pot solicita informații diferite în etape (stadii) diferite ale bolii, care le influențează procesul de înțelegere.

Pot fi evidențiate trei concepte cheie în definirea competențelor interpersonale și de comunicare în relația medic - pacient oncologic - familia pacientului, astfel:

- Abordare centrată pe pacient - este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informație despre maladie, susținerea deciziilor în comun ca o componentă esențială a tratamentului, iar formarea abilităților de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opțională.
- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncolog și pacient este asociată cu rezultate terapeutice importante și poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.
- Abilitățile de comunicare nu sunt înnăscute și nu îmbunătățesc neapărat experiența clinică, dar pot fi predate și învățate, iar practicarea acestor abilități pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenței unei motivații de formare.

Aceste competențe sunt deosebit de importante în situații emoționale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri paliative și informarea reprezentantului legal despre sfârșitul duratei de viață. Din păcate, aceste abilități nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competențe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă și comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii. Temperamentul și personalitatea pacientului/ reprezentantului legal sunt doi factori foarte importanți în primirea unui diagnostic și acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul/ reprezentantul legal să înțeleagă mai multe despre boala de care suferă.

Reguli de comunicare eficientă cu pacientul oncologic:

- Acordă-i atenție totală. Nu există un mod anume pentru a discuta despre boală. Uneori simpla prezență poate fi cel mai important lucru;
- Oferă sfaturi cu grijă. Nu uita că experiența fiecărei persoane cu boala este unică;
- Folosește umorul atunci când este posibil. În situațiile tensionate râsul poate avea efect relaxant;
- Uneori poți observa că pacientul/ reprezentantul legal este retras și necomunicativ. Nimeni nu poate fi pozitiv tot timpul. Pune-te în situația acestuia și acordă-i timp pentru a reflecta;
- Cere permisiunea de a discuta diferite subiecte. Urmărește reacția pacientului/ reprezentantului legal și nu te simți ofensat dacă pacientul/ reprezentantul legal nu dorește uneori să discute cu tine;
- În lupta cu boala pacientul/ reprezentantul legal se poate confrunta cu sentimente precum: tristețe, furie, confuzie, neputință. Fii pregătit pentru răspunsuri negative din partea pacientului/ reprezentantului legal sau chiar refuzul de a răspunde la o întrebare. Nu insista și nu suprasolicita pacientul/ reprezentantul legal. Cel mai bine este să permiți acestuia să decidă când să vorbească și cât de mult să împărtășească cu tine;
- Poți arăta suport și fără utilizarea cuvintelor. Atât limbajul corpului cât și expresiile faciale pot transmite intențiile tale de suport și grijă. Menține contactul vizual, ascultă cu atenție și evită distragerea atenției în timpul conversației;

- Alege-ți cu grijă cuvintele. Acest lucru te poate ajuta să-ți arăți suportul față de pacient/ reprezentantul legal fără desconsiderare sau fără a evita subiectul.

Prin limbaj și comportament, medicul trebuie să ofere pacientului/ reprezentantului legal exact ceea ce caută: încredere, echilibru și mai ales speranță.

ACORD LIBER CONSIMTIT PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENTULUI

Subsemnatul¹⁴

CNP _____ domiciliat în
_____, posesor al C.I. seria _____ nr.
_____, declar ca am luat la cunostință despre informațiile cu privire la scopul,
durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidențialității serviciilor
psihologice și depre dreptul de a mă retrage / a retrage pacientul _____ oricând
de la desfășurarea evaluării/intervenției psihologice.

Totodată, potrivit prevederilor *Legii nr. 190/2018 pentru protecția persoanelor cu
privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora și
reglementărilor emise în aplicarea acesteia*, îmi exprim consimțământul, în mod expres și
neechivoc, pentru utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal în vederea
realizării și întocmirii *Raportului de psihodiagnostic și evaluare clinică*.

Declar că nu/sunt de acord ca rezultatele evaluării și recomandările psihologului
evaluator să fie comunicate medicului curant.

Data: _____

Nume și prenume¹⁵: _____

Semnatura¹⁶: _____

¹⁴ Nume, prenume pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

¹⁵ Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

¹⁶ Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ

1. Numele și prenumele pacientului:

2. Data evaluării: _____ FOCG/FCZ/Fișă urgență:

3. Motivul evaluării:

4. Istoric: _____

5. Instrumente utilizate pentru evaluare:

6. Concluzii:

7. Recomandări:

Psiholog evaluator

Aprob
Director medical

SOLICITARE RETUR MEDICAMENTE/MATERIALE SANITARE ÎN FARMACIE

Rog fiți de acord și aprobați returnarea, introducerea în gestiunea Farmaciei și scăderea de pe foaia de Condica nr....., din Foaia de Observație Clinică Generală nr. a pacientului a următoarelor medicamente/materiale sanitare:

- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;

Prezenta solicitare este determinată de:

- schimbarea medicației pacientului
- transferul pacientului
- decesul pacientului
- altele:

Data:

Semnătura și parafa medicului

Subsemnata _____, farmacist/asistent medical în Farmacia spitalului, confirm returnarea, introducerea în gestiunea Farmaciei și scăderea de pe foaia de Condica nr....., din Foaia de Observație Clinică Generală nr. a pacientului a următoarelor medicamente/materiale sanitare:

- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;

Data:

Semnătura personal Farmacie