

**SPITALULUI ORĂSENEȘC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL**

Nr. : 10331/30-X.2020.

**AVIZAT,**  
**AUTORITATEA PUBLICĂ LOCALĂ,**  
**U.A.T. MIZIL**  
**PRIMAR,**  
**Ing.Jr. CĂLIN SILVIU NEGRARU**

**APROB**  
**MANAGER,**  
**Dr. Ec.Ing.Jr. ROȘU LEONARD**



**REGULAMENTUL INTERN**  
**AL**  
**SPITALULUI ORĂSENEȘC „SFÂNTA**  
**FILOFTEIA” MIZIL**

Director Medical,  
Dr. Mărgărit Romeo



Director Fianaciar-Contabil,  
Ec. Burlacu Daniela

**AVIZAT,**  
**Sindicatul SANITAS**  
**Spitalul Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil**  
**Balașa Cornelia**



**AVIZAT,**  
**Compartiment Juridic,**  
**Jr. Ioniță Vasilica**



**SPITALUL ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL**  
**JUDEȚUL PRAHOVA**

Mizil, strada Spitalului nr. 21, județul Prahova  
Telefon/fax: 0244:250505/0244251115  
e-mail:registratura@spitalmizil.ro

**DECIZIA NR. 244**  
**din 02.11.2020**

privind aprobarea Regulamentului Intern al Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil

Managerul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil, județul Prahova numit prin Dispoziția Primarului Oraș Mizil nr. 1042/23.12.2019

Având în vedere :

- Scopul stabilirii la nivelul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil
  - a) a regulilor privind protecția, igiena și securitatea în muncă în cadrul unității;
  - b) a regulilor privind respectarea principiului nediscriminării și al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnității;
  - c) drepturilor și obligațiilor angajatorului și ale salariaților;
  - d) a procedurii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă, a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților;
  - e) a regulilor concrete privind disciplina muncii în unitate;
  - f) a abaterilor disciplinare și sancțiunile aplicabile;
  - g) a regulilor referitoare la procedura disciplinară;
  - h) a modalităților de aplicare a altor dispoziții legale sau contractuale specifice;
  - i) a criteriilor și procedurilor de evaluare profesională a salariaților.

În conformitate cu:

- *Prevederile art. 241-246 din Codul muncii din 24 ianuarie 2003 (\*\*republicat\*\*) (Legea nr. 53/2003)*

În temeiul

- *Dispoziției Primarului Orașului Mizil nr. 1042/23.12.2019 coroborat cu articolul 40 din Codul Muncii care prevede că „angajatorul are, în principal, următoarele drepturi...să dea dispoziții cu caracter obligatoriu pentru salariat, sub rezerva legalității lor*

**DECIDE:**

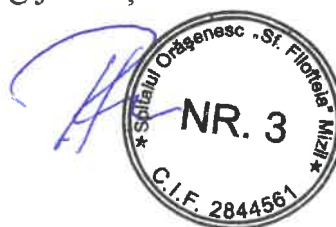
**Art. 1.** Se aprobă REGULAMENTUL INTERN AL SPITALULUI ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL, înregistrat sub nr. 10331/30.10.2020.

**Art. 2.** Prezenta decizie este întocmită în două exemplare originale dintre care un exemplar se va afla la decizier și un exemplar la regulamentul intern.

MANAGER,  
Dr.ec.ing.jr. Roșu Leonard

Vizat,  
Cons. Juridic Ioniță Vasilica

Emitent,  
RUNOS: Ec. Coman Luminița



## CUPRINS :

Contents	
CUPRINS :.....	2
CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE .....	7
CAPITOLUL II.....	9
REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ ÎN CADRUL SPITALULUI.....	9
CAPITOLUL III .....	18
REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI AL ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII .....	18
CAPITOLUL IV .....	21
DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ANGAJATORULUI.....	21
ȘI ALE SALARIAȚILOR .....	21
Art. 1. Obligațiile angajatorului:.....	21
Art. 2. Drepturile angajatorului .....	24
Art. 3. Obligațiile salariaților:.....	25
Art. 4. Drepturile salariaților .....	31
CAPITOLUL V.....	32
PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CERERILOR SAU RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR.....	32
CAPITOLUL VI .....	35
PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ.....	35
CAPITOLUL VII.....	37
REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL .....	37
CAPITOLUL VIII.....	39
ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANȚIUNILE APLICABILE.....	39
Sanționile disciplinare speciale.....	45
CAPITOLUL IX .....	45
REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ.....	45
CAPITOLUL X.....	46
TIMPUL DE MUNCĂ ȘI TIMPUL DE ODIHNĂ .....	46
Art.1. Timpul de muncă.....	46
Art.2. Timpul de odihnă.....	47
Art.3. Salarizarea .....	48

CAPITOLUL XI .....	51
MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE .....	51
1. Protecția datelor cu caracter personal.....	51
2. Răspunderea patrimonială .....	52
3. Fumatul în spital.....	52
4. Avertizarea privind fapte de încălcare a legii.....	53
5. Conducerea activităților .....	54
6. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor ...	55
7. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnic .....	56
8. Apărarea împotriva incendiilor .....	57
9. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie .....	58
10. 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.....	65
11. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal .....	67
12. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.....	71
13. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora	73
14. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate .....	75
15. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale.....	77
16. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.....	79
17. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.....	84
18. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare .....	86
19. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate.....	88
20. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern.....	90
21. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți .....	92
22. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media .....	94
23. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic .....	95
24. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative.....	98
25. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților.....	100
26. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz.....	101
27. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare .....	103

28. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale.....	105
29. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor .....	108
30. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului .....	110
31. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic....	113
32. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați ..	114
33. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului .....	115
34. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor .....	117
35. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament .....	119
36. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric .....	121
37. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență de a trata cazuri oncologice .....	123
38. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare .....	125
39. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului.....	127
40. 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.....	128
41. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului .....	130
42. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale .....	133
43. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor .....	137
44. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor .....	139
45. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților.....	142
46. Modul de respectare a intimității pacientului .....	144
47. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate .....	145
48. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale .....	149
49. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice .....	151
50. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament.....	153
51. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii.....	155
52. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare.....	157
53. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat.....	160

54. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.....	164
55. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului .....	165
56. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități .....	166
57. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale .....	170
58. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile.....	172
59. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești .....	175
60. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă .....	177
61. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I. ....	180
62. Accesul în Compartimentul A.T.I. (postoperator) și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia .....	182
63. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română .....	183
64. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere .....	185
65. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian .....	187
66. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe.....	188
67. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal .....	193
68. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic .....	195
69. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente .....	197
70. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții/compartimente .....	198
71. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate .....	199
72. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.....	202
73. Modul de atenționare a sefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită .....	204
74. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților.....	205
75. Controlul calității hranei.....	206
76. 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.....	208
77. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale .....	209
78. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia .....	213
79. Modul de realizare al meniurilor zilnice .....	214
80. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă.....	215

81. Circuitul documentelor în cadrul spitalului.....	217
82. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului .....	220
83. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului.....	223
84. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului .....	225
85. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului.....	226
86. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului .....	230
87. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului.....	231
88. 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.....	240
89. Utilizarea echipamentului individual de protecție.....	243
CĂPITOLUL XII - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR.....	248
CAPITOLUL XIII_ DISPOZIȚII FINALE.....	252

---

## CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE

**Art.1.** - Prezentul Regulament este întocmit în baza și limitele prevederilor actelor normative din 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 manager și personalul contractual, în calitatea de angajat, precum și drepturile și obligațiile ce decurg din aceste raporturi juridice

**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.

**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 și voluntari;
- e) vizitatori;
- f) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
- g) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;
- h) 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.

(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 bunei-credințe.

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

**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 site-ul Spitalului, astfel încât să se asigure posibilitatea diseminării prevederilor acestuia.

**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 șefi/coordonatorii de microstructuri 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 încunoștiințării salariaților, sub semnătură.

(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 ia la cunoștință sub semnătură de prevederile prezentului regulament, după cum urmează:

(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.

(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.** – (1) Orice modificare ce intervine în conținutul prezentului Regulament este supusă procedurilor de informare prevăzute în prezentul Regulament.

(2) Regulamentul intern este întocmit conform **Legii nr.53/2003** –Codul Muncii republicat.

(3) La întocmirea lui s-au avut în vedere și cel puțin următoarele acte normative:

- 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. 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;
- Orice alte acte normative în vigoare incidente domeniilor din prezentul Regulament.

## **CAPITOLUL II**

### **REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ ÎN CADRUL SPITALULUI**

---

**Art. 1. (1)** Angajatorul are obligația de a asigura securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă în conformitate cu normele în vigoare și în limita alocațiilor bugetare.

**(2)** Obligațiile lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă nu aduc atingere principiului responsabilității angajatorului.

**(3)** În cadrul responsabilităților sale angajatorul are obligația să ia măsurile necesare pentru:

- asigurarea securității și protecția sănătății lucrătorilor;
- prevenirea riscurilor profesionale;
- informarea și instruirea lucrătorilor;
- asigurarea cadrului organizatoric și a mijloacelor necesare securității și sănătății în muncă, în limita bugetului

**(4)** În implementarea măsurilor de securitate în muncă, în limita alocației bugetare, angajatorul va avea în vedere următoarele principii:

- evitarea riscurilor;
- evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
- combaterea riscurilor la sursă;
- adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea posturilor de muncă, alegerea echipamentelor de muncă, a metodelor de muncă și de producție, în vederea reducerii monotoniei muncii, a muncii cu ritm predeterminat și a diminuării efectelor acestora asupra sănătății;
- adaptarea la progresul tehnic;
- înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
- dezvoltarea unei politici de prevenire coerente care să cuprindă tehnologiile, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor din mediul de muncă;

- adoptarea, în mod prioritar, a măsurilor de protecție colectivă față de măsurile de protecție individuală;

- furnizarea de instrucțiuni corespunzătoare lucrătorilor;

(5) Pentru a asigura participarea salariaților la elaborarea și aplicarea deciziei în domeniul protecției muncii, potrivit legislației în vigoare, la nivelul unității există un *comitet de securitate și sănătate în muncă* precum și un lucrător desemnat cu securitatea și protecția muncii pe unitate.

(6) Angajații au următoarele obligații în domeniul securității și sănătății în muncă :

- să-și însușească și să respecte normele și instrucțiunile de sănătate și securitate în muncă precum și măsurile de aplicare a acestora ;

- să oprească lucrul la apariția unui pericol eminent de producere a unui accident și să informeze de îndată conducătorul locului de muncă ;

- să refuze întemeiat executarea unei sarcini de muncă dacă aceasta ar pune în pericol de accidentare sau de îmbolnăvire profesională persoana sa sau a celorlați participanți la procesul de producție ;

- să utilizeze echipamentul individual de protecție din dotare, corespunzător scopului pentru care a fost acordat ;

- să coopereze cu lucrătorii cu atribuții specifice în domeniul securității și sănătății în muncă, atâta timp cât este necesar, pentru a da angajatorului posibilitatea să se asigure că toate condițiile de muncă sunt corespunzătoare și nu prezintă riscuri pentru securitate și sănătate la locul de muncă ;

- să coopereze cu lucrătorii cu atribuții specifice în domeniul securității și sănătății în muncă, atâta timp cât este necesar, pentru realizarea oricărei sarcini sau cerințe impuse de autoritatea competentă pentru prevenirea accidentelor și bolilor profesionale ;

- să dea relații din proprie inițiativă sau la solicitarea organelor de control și cercetare în domeniul securității și sănătății în muncă ;

- salariații sunt obligați să se supună examenelor medicale la angajare și periodice cerute de condițiile concrete de muncă

- de a se supune triajului epidemiologic, potrivit legii și de a respecta normele de prevenire a infectării și contaminării cu diverși agenți patogeni

(7) Pentru a se asigura participarea salariaților la elaborarea, organizarea, instruirea și aplicarea măsurilor în domeniul securității și sănătății în muncă, potrivit *Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006*, s-a organizat Comitetul de securitate și sănătate în muncă.

(8) Comitetul de securitate și sănătate în muncă este constituit la nivelul unității conform *Hotărârii nr. 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006* potrivit normelor metodologice de aplicare a Legii sănătății și securității în muncă, a carui componenta și atribuții specifice se regăsesc în R.O.F.

(9) Angajatorul asigura toți salariații pentru risc de accidente de muncă și boli profesionale, în condițiile legii.

(10) În cazul accidentelor survenite în procesul muncii sau în legătură cu munca, angajatorul este obligat să ia următoarele măsuri:

a) să consemneze datele cercetării accidentului de muncă într-un proces-verbal care să prevadă cauzele, împrejurările, normele de protecție a muncii care nu au fost respectate, persoanele răspunzătoare de aceste nerespectări, sancțiunile aplicate, măsurile ce trebuie luate pentru prevenirea altor accidente și înregistrarea accidentului;

b) înregistrarea accidentului de muncă, făcută prin procesul-verbal, se comunică Inspectoratului Teritorial de Muncă.

(11) Fiecare lucrător trebuie să își 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.

(12) Locurile de muncă sunt organizate astfel încât să garanteze securitatea și sănătatea salariaților în conformitate cu circuitele functionale ale spitalului.

(13) Angajatorul organizează controlul permanent al stării materialelor, utilajelor și substanțelor folosite în procesul muncii în scopul asigurării sănătății și securității salariaților.

Angajatorul asigură condițiile de acordare a primului ajutor în caz de accidente de muncă, pentru crearea condițiilor de preîntâmpinare a incendiilor, precum și pentru evacuarea salariaților în situații speciale și în caz de pericol iminent.

(14) Reducerea timpului normal de lucru și alimentația compensatorie de protecție se acordă obligatoriu de către angajator, în conformitate cu normele în vigoare

(15) Echipamentul de protecție se asigură obligatoriu de către angajator în limita fondurilor alocate, potrivit *H.G. nr. 1.048/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea de către lucrători a echipamentelor individuale de protecție la locul de muncă.*

(16) Materialele igienico-sanitare, precum și echipamentul de protecție sunt asigurate de către angajator, în cantitatea și de calitate necesare asigurării unei asistențe medicale corespunzătoare și în funcție de buget cu această destinație.

(17) Examenele medicale periodice sunt asigurate gratuit de către angajator.

(18) Angajatorul asigură cadrul organizatoric pentru instruirea și testarea salariaților, cu privire la normele și instrucțiunile de protecția muncii prin Comitetul de securitate și sanătate în munca și lucratori desemnati cu atribuții.

(19) Angajatorul a apelat și la servicii externe pentru a asigura angajaților săi instructajul și protecția angajaților săi în ceea ce privește securitatea și sanătate în munca și medicina muncii. Medicul de medicina a muncii face parte din Comitetul de securitate și sanătate în munca la nivelul spitalului în calitate de specialist.

(20) Aptitudinea în muncă reprezintă capacitatea lucrătorului din punct de vedere medical de a desfășura activitatea la locul de muncă în profesia/funcția pentru care se solicită examenul medical.

(21) Angajatorul nu refuza angajarea sau, după caz, menținerea în muncă a persoanelor cu handicap, în cazurile în care acestea sunt apte pentru îndeplinirea obligațiilor minime de serviciu, aferente posturilor respective.

(22) Sunt obligatorii examenul medical la angajare și examenul medical periodic.

(23) Pentru stabilirea aptitudinii în muncă, medicul specialist de medicina muncii poate solicita și alte investigații și examene medicale de specialitate pentru locurile de muncă și activitățile cu expunere la factori de risc profesional pe langa anamneza medicală profesională și neprofesională , examenul clinic general și examenele medicale clinice și paraclinice

(24) Efectuarea examenului medical periodic are următoarele scopuri:

a) confirmarea sau infirmarea la perioade de timp stabilite a aptitudinii în muncă pentru profesia/funcția și locul de muncă pentru care s-a făcut angajarea și s-a eliberat fișa de aptitudine;

- b) depistarea apariției unor boli care constituie contraindicații pentru activitățile și locurile de muncă cu expunere la factori de risc profesional;
- c) diagnosticarea bolilor profesionale;
- d) diagnosticarea bolilor legate de profesie;
- e) depistarea bolilor care constituie risc pentru viața și sănătatea celorlalți lucrători la același loc de muncă;
- f) depistarea bolilor care constituie risc pentru securitatea unității, pentru calitatea produselor sau pentru populația cu care lucrătorul vine în contact prin natura activității sale.

(25) Medicul de medicina muncii are dreptul de a efectua examenul medical la reluarea activității ori de câte ori îl consideră necesar, în funcție de natura bolii sau a accidentului pentru care lucrătorul a absentat.

(26) În cadrul propriilor responsabilități, angajatorul a luat 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 protecției muncii și mijloacelor necesare acesteia.

(27) În acest scop s-a evaluat riscul pe categorii de locuri de muncă și activități prestate. Atunci când există posibilitatea ca angajatul să vină în contact cu sângele și/sau alte lichide biologice, angajatorul asigura aplicarea precauțiilor universale prevăzute în *Ordinul nr. 1.101 din 30 septembrie 2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare*

(28) La nivelul Spitalului este constituit *Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale* pentru activitățile de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale cu atribuții specifice prevăzute detaliat în ROF, cât și pentru implementarea regulilor și precauțiilor universale și a coordonarea conduitei salariaților în acest sens.

(29) Este obligatorie utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare, a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoalele unității, a standardelor de sterilizare și sterilitate, aseptie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate, cu respectarea normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare.

(30) Personalul de conducere instruieste și supraveghează periodic comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptică de către acesta

- se asigura respectarea circuitelor funcționale din spital/secție în funcție de specific;
- se asigura curățenia din secție, cu respectarea normelor de igienă și antiepidemice;
- se controlează respectarea măsurilor de aseptie și antisepsie;
- se controlează igiena bolnavilor și a însoțitorilor și face educația sanitară a acestora;
- se urmărește efectuarea examenului organoleptic al alimentelor distribuite bolnavilor și însoțitorilor și le îndepărtează pe cele necorespunzătoare, situație pe care o aduce la cunoștință directorului medical și managerului spitalului.
- se constată și raportează șefului AAT, Directorului Financiar Contabil și Managerului spitalului deficiențe de igienă (alimentare cu apă, instalații sanitare, încălzire) și ia măsuri pentru remedierea acestora;
- se organizează și supraveghează pregătirea saloanelor pentru dezinfecții periodice și ori de câte ori este nevoie;
- se asigura recoltarea probelor de mediu și testarea eficacității dezinfecției și sterilizării împreună cu echipa compartimentului/serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale;

-se urmărește în permanență respectarea de către personal și însoțitori a măsurilor de izolare

(31) În vederea menținerii stării de sănătate a salariaților în perioadele cu temperaturi extreme, angajatorul trebuie să asigure programul de lucru și facilitățile, prevăzute în *O.U.G. nr.99 / 2000 privind măsurile ce pot fi aplicate în perioadele cu temperaturi extreme pentru protecția persoanelor încadrate în muncă.*

(32) Angajatorul are obligația să organizeze instruirea salariaților săi în domeniul securității și sănătății în muncă. Instruirea se organizează periodic, prin modalități specifice stabilite de comun acord de către angajator, împreună cu lucrătorul desemnat. Instruirea se realizează conform normelor generale de protecția muncii.

(33) **Instruirea personalului se face prin:**

- *Instructajul introductiv general*, care se aplică de către responsabilul cu protecția muncii în unitate pentru toate persoanele angajate, delegate.
- *Instructajul la locul de muncă* se face de către șeful locului de muncă, după instructajul introductiv general și are ca scop prezentarea riscurilor și măsurilor de prevenire specifice locului de muncă unde a fost repartizată persoana respectivă.
- *Instructajul periodic*, se face de către șeful de structură și are drept scop aprofundarea normelor de protecție a muncii și a celor de securitate și sănătate în muncă.

(34) Angajatorul se obligă să ia măsuri privind igiena, protecția sănătății și securitatea în muncă a salariaților gravide și/sau mame, lauze sau care alăptează, conform *O.U.G. nr.96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă și HG nr.537/2004 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a prevederilor O.U.G. 96/2003.*

(35) Salariații care se află în una din situațiile de mai sus, au obligația de a se prezenta la medicul de familie pentru eliberarea unui document medical care să ateste starea, și să informeze în scris unitatea despre starea lor. În cazul în care salariața nu informează în scris unitatea, aceasta este exonerată de obligațiile sale prevăzute în prezentul capitol

(36) **Spitalul, ca angajator, are următoarele obligații:**

-Să prevină expunerea salariaților la riscuri ce le pot afecta sănătatea și securitatea;

-Să nu constrângă salariații să efectueze o muncă dăunătoare sănătății sau stării lor de graviditate ori copilului nou - născut, după caz.

-Să evalueze anual, precum și la orice modificare a condițiilor de muncă natura, gradul și durata expunerii salariaților care se află în una din situațiile de mai sus, în scopul determinării oricărui risc pentru securitatea sau sănătatea lor și oricărei repercusiuni asupra sarcinii ori alăptării (evaluarea se face cu participarea obligatorie a medicului de medicină muncii, iar rezultatele lor se consemnează în scris);

-Să instiinteze medicul de medicină muncii, în termen de 10 zile lucrătoare de la data la care angajatorul a fost anunțat în scris de către o salariață ca se află în una dintre situațiile de mai sus;

-Să pastreze confidențialitatea asupra stării de graviditate a salariaței;

-Să îi modifice în mod corespunzător condițiile și/sau orarul de muncă ori, dacă nu este posibil, să o repartizeze la alt loc de muncă fără riscuri pentru sănătatea sa, conform recomandării medicului de medicină muncii sau a medicului de familie,

-Să acorde salariaților gravide dispensa pentru consultații prenatale, în cazul în care investigațiile se pot efectua numai în timpul programului de lucru, fără diminuarea drepturilor salariale;

-Salariații care alăptează au dreptul, în cadrul programului de lucru, la două pauze pentru alăptare de câte o oră fiecare.

-La cererea salariatelor, pauzele pentru alăptare pot fi înlocuite cu reducerea duratei normale a timpului de muncă cu două ore zilnic.

-Pauzele și reducerea duratei normale a timpului de muncă, acordate pentru alăptare, se includ în timpul de muncă, nu diminuează veniturile salariale și sunt suportate integral din fondul de salarii al angajatorului.

**(37) În situația tinerilor angajați în sectorul formal cu contract individual de muncă se aplică și respecta prevederile *HG nr. 600/2007 privind protecția tinerilor la locul de muncă*, act normativ care se completează cu dispozițiile *H.G. nr. 867/2009 privind interzicerea muncilor periculoase pentru copii*, reglementează cadrul legal privind definirea, interzicerea și eliminarea muncilor periculoase pentru copii, care, prin natura lor sau prin condițiile în care se exercită, dăunează sănătății, securității sau moralității copiilor. Dispozițiile hotărârii se aplică tuturor categoriilor de angajatori, organizațiilor neguvernamentale, persoanelor fizice autorizate și asociațiilor familiale, precum și persoanelor fizice care utilizează munca copiilor în sectorul informal și în cel formal. Prevederile Hotărârii de Guvern 867/2009 se aplică în domeniul muncii, asistenței sociale și protecției copilului, educației, sănătății, precum și în oricare alt domeniu cu incidență asupra copilului. Angajatorul a asigurat diminuarea treptată a emisiilor poluante din unitate, până la încadrarea în limitele prevăzute de lege.**

**(38) Reguli privind protecția mediului:**

-să nu se arunce baterii, acumulatori, anvelope uzate în gunoiul menajer, ele urmand a fi depozitate in locuri special amenajate;

-să se evite scurgerile de substante chimice sau de alte substante toxice din diferite ambalaje;

-să se depună gunoiul menajer sau cele rezultate din activitatile medicale numai în recipiente cu această destinație și în locurile special amenajate;

-să se protejeze spațiile verzi, gardurile vii, arborii etc. din toate spațiile Spitalului, pentru îmbunătățirea calității mediului ambiant.

**(39) Atât angajatorul cât și angajații, respecta *Ordinului nr. 1.226 din 3 decembrie 2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale***

**(40) În cadrul unității sanitare activitățile legate de gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale fac parte din obligațiile profesionale și vor fi înscrise în fișa postului fiecărui salariat și nerespectarea acestei obligații va atrage răspunderea disciplinara și/sau patrimonială, după caz.**

**(41) Transportul și eliminarea finală a deșeurilor se face de către Spital cu Societăți autorizate conform legii, pe baza de contracte de prestări-servicii și se tin evidente prin tabele centralizatoare pentru cantitățile de deșeuri rezultate din activități medicale, produse în secții, compartimente și laboratoare.**

**(42) Angajatorul și angajații respecta principiile *Ordonanței de urgență nr. 195/2005* privind protecția mediului, prin prevenirea și controlul integrat al poluării prin utilizarea celor mai bune tehnici disponibile pentru activitățile cu impact semnificativ asupra mediului**

**(43) Salariații unității medicale sunt obligați să respecte:**

- traseele de deplasare de la serviciu la domiciliu, și invers, stabilite de comun acord cu conducerea;
- să respecte circuitul medical și instrucțiunile de exploatare ale echipamentelor din dotare;
- să cunoască caracteristicile functionale ale aparatelor și instalațiilor, utilajelelor cu care lucrează;
- să respecte curatenia și ordinea la locul de muncă;
- să se prezinte la lucru la ora stabilită în program, conform graficelor de lucru;

- sa fie in deplina capacitate de munca, nefiind acceptati in stare fizica si psihica necorespunzatoare;
- sa aduca de indata la cunostinta sefului ierarhic superior orice accident de munca, defectiune, sau alta situatie care constituie un pericol;
- sa poarte echipament de protectie adecvat;
- orice interventie asupra instalatiilor de munca electrice se va face numai dupa ce a fost intrerupta furnizarea energiei electrice si numai de catre persoane calificate si autorizate.

(44) Angajatii isi vor desfasura activitatea in asa fel incat sa nu expuna la pericole accidentale ori imbolnaviri sanatatea proprie sau a altor angajati, in conformitate cu pregatirea si instruirea in domeniul protectiei muncii facuta de catre angajatorul sau.

**(45) In acest scop, angajatii au urmatoarele obligatii:**

- sa-si însuseasca si sa respecte normele de protectia muncii si masurile de aplicare a acestora;
- sa utilizeze corect echipamentele tehnice, substantele periculoase si instrumentarul din dotare;
- sa nu procedeze la deconectarea, schimbarea sau mutarea arbitrara a dispozitivelor de securitate a echipamentelor tehnice,
- sa aduca la cunostinta conducerii orice defectiune tehnica sau alta situatie care constituie un pericol de accidentare ori imbolnavire profesionala;
- sa aduca la cunostinta conducerii in timpul cel mai scurt posibil accidente de munca suferite personal sau de alte persoane angajate ale spitalului (aceasta regula se aplica si in cazul desfasurarii traseului de munca de la domiciliu la serviciu si invers);
- sa opreasca lucrul la aparitia unui pericol iminent de producere a unui accident si sa informeze de indata conducerea spitalului;
- sa refuze intemeiat executarea unei sarcini de serviciu daca aceasta ar pune in pericol de accidentare sau imbolnavire profesionala persoana sa sau a celorlalti angajati;
- sa utilizeze echipamentul de protectie din dotare, corespunzator scopului pentru care a fost acordat;
- sa coopereze cu angajatorul si/sau cu angajatii care au atributii specifice in domeniul securitatii si sanatatii in munca, atata timp cat este necesar, pentru a da conducerii spitalului posibilitatea sa se asigure ca toate conditiile de munca sunt corespunzatoare si nu prezinta riscuri pentru securitate si sanatate in munca;
- sa coopereze cu personalul cu atributii specifice in domeniul securitatii si sanatatii in munca, atata timp cat este necesar pentru realizarea oricaror sarcini sau cerinte impuse de autoritatea competenta pentru prevenirea accidentelor si bolilor profesionale;
- sa dea relatii din proprie initiativa sau la solicitarea organelor competente in domeniul protectiei muncii;
- sa se supuna controlului medical atat la angajare, cat si periodic.

**(46) Reguli privind situatiile de urgenta**

➤ **Obligatiile conducerii unitatii în domeniul prevenirii și stingerii incendiilor:**

- sa stabileasca prin dispozitii scrise responsabilitatile si modul de organizare privind apararea impotriva incendiilor in unitatea sa, sa le actualizeze ori de cate ori apar modificari si sa le aduca la cunostinta salariatilor, utilizatorilor si oricaror persoane interesate;
- sa asigure instruirea personalului in domeniul situatiilor de urgenta;

- sa asigure identificarea si evaluarea riscurilor de incendiu in unitatea sa si sa asigure corelarea masurilor de aparare impotriva incendiilor cu natura si nivelul riscurilor;
- sa permita, in conditiile legii efectuarea controalelor si a inspectiilor de prevenire impotriva incendiilor, sa prezinte documentele si informatiile solicitate si sa nu ingreuneze sau obstructioneze efectuarea acestora;
- sa asigure utilizarea, verificarea, intretinerea si repararea mijloacelor de aparare impotriva incendiilor cu personal calificat si autorizat conform instructiunilor furnizate de proiectant;
- sa asigure si sa puna in mod gratuit la dispozitia fortelor chemate in ajutor orice mijloace tehnice pentru apararea impotriva incendiilor si echipamentele de protectie necesare, precum si antidotul si medicamentele necesare pentru acordarea primului ajutor;
- sa informeze de indata, prin orice mijloc, inspectoratul despre izbucnirea si stingerea cu forte proprii a unui incendiu, iar in termen de 3 zile lucratoare, sa completeze si sa trimita acestuia raportul de interventie;
- sa indeplineasca orice alte atributii prevazute de lege impotriva incendiilor.

➤ **Obligatii ale salariatilor in domeniul situatiilor de urgenta:**

- sa respecte regulile si masurile de aparare impotriva incendiilor, si protectie civila aduse la cunostinta sub orice forma de catre administratorul sau conducatorul institutiei;
- sa utilizeze substante periculoase, instalatiile, utilajele, masinile, aparatura, si echipamentele, potrivit instructiunilor tehnice, precum si celor date de administrator sau conducatorul institutiei;
- sa nu efectueze manevre nepermise sau modificari neautorizate echipamentelor, sistemelor si instalatiilor de aparare impotriva incendiilor;
- sa comunice, imediat dupa constatare, conducatorului locului de munca orice incalcare a normelor de aparare impotriva incendiilor;
- la terminarea programului sa verifice si sa ia toate măsurile pentru inlaturarea cauzelor ce pot provoca incendii;
- sa nu afecteze sub nici o forma functionalitatea cailor de acces si de evacuare din cladiri;
- sa comunice, imediat, sefilor ierarhici si personalului cu atributii de prevenire și stingere a incendiilor orice situatie pe care este îndreptătit să o considere un pericol de incendiu, precum orice defectiune sesizată la sistemele de protectie sau de interventie pentru stingerea incendiilor;
- sa coopereze cu cadrul tehnic cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor, cu conducătorul direct al locului de muncă si cu ceilalti salariati desemnati de angajator, în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;
- sa acorde ajutor, atat cat este rational posibil, oricărui alt salariat aflat într-o situatie de pericol;
- sa participe efectiv la stingerea incendiilor la înlăturarea consecintelor acestora, precum la evacuarea persoanelor a bunurilor materiale;
- in vederea îmbunătățirii activității de prevenire stingere a incendiilor fiecare salariat este obligat ca pe lângă îndatoririle amintite să îndeplinească întocmai sarcinile trasate în acest scop de seful ierarhic superior.
- sa furnizeze persoanelor abilitate toate datele si informatiile de care are cunostinta, referitoare la producerea incendiilor;

- sa nu blocheze caile si scarile de acces cu materiale ce ar impiedica interventia pentru stingerea incendiilor si evacuarea bunurilor;
- sa foloseasca si sa pastreze in conditii optime si in conformitate cu regulile stabilite echipamentul de protectie, dispozitivele si mijloacele de siguranta si de interventie;

(47) Angajatul trebuie sa ia la cunostinta ca este obligat sa anunte orice defectiune tehnica sau alte situatii care constituie un pericol si sa aduca la cunostinta conducatorului locului de munca orice accident suferit de el sau/si de ceilalti colegi de munca. Totodata ii revine obligatia de a-si insusi si respecta normele si instructiunile de protectia muncii. Incalcarea dispozitiilor legale privitoare la protectia, igiena și securitatea muncii atrage raspunderea disciplinara, administrativa, patrimoniala, civila sau penala, dupa caz, potrivit legii.

### **Protectia maternității la locul de muncă**

#### **Sediul materiei:**

- *Ordonanța de Urgentă a Guvernului nr.96 din 14 octombrie 2003*, privind protectia maternității la locurile de muncă,

(48) În ceea ce privește securitatea și sănătatea în muncă a salariatelor gravide și/sau mame, lăuze și/ sau care alăptează, Spitalul asigură la locul de muncă măsuri privind igiena, protecția sănătății și securitatea în muncă a acestora conform prevederilor legale în vigoare. Pentru a beneficia de aceste măsuri, salariatele în cauză trebuie să informeze în scrs angajatorul asupra stării lor fiziologice, depunând și documentele medicale corespunzătoare.

(49) Nu poate fi dispusă concedierea salariatelor angajate în cadrul spitalului în următoarele situații:

- pe durata în care femeia salariată este gravidă, în măsura în care Angajatorul a luat cunoștință de acest fapt anterior emiterii deciziei de concediere, ca urmare a prezentării, de către salariată, a actelor medicale care atestă starea de graviditate;
- pe durata concediului de maternitate;
- pe durata concediului pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau, în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea vârstei de 3 ani;
- pe durata concediului pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani sau, în cazul copilului cu handicap, pentru afecțiuni intercurente, până la împlinirea vârstei de 18 ani;
- salariatul se află în concediu paternal.

(50) Este exceptată de la aplicarea prevederilor alin. (2) concedierea pentru motive ce intervin ca urmare a reorganizării judiciare, a falimentului sau a dizolvării angajatorului, în condițiile legii.

(51) Maternitatea nu poate constitui un motiv de discriminare. Orice tratament mai puțin favorabil aplicat unei femei legat de sarcină sau de concediul de maternitate constituie discriminare. Orice tratament mai puțin favorabil aplicat unei femei sau unui bărbat, privind concediul pentru creșterea copiilor sau concediul paternal, constituie discriminare. Este interzis să i se solicite unei candidate, în vederea angajării, să prezinte un test de graviditate și/sau să semneze un angajament că nu va rămâne însărcinată sau că nu va naște pe durata de valabilitate a contractului individual de muncă.

#### **(52) Salariatele au următoarele obligații:**

- să efectueze concediul postnatal obligatoriu prevăzut de lege;
- de a prezenta Angajatorului, în termen legal, de la data eliberării, certificatele medicale emise de medicul de familie/ medicul specialist, în legătură cu starea lor fiziologică;

- la reluarea activității, să anunțe Angajatorul în scris cu privire la reînceperea activității, începutul și sfârșitul prezumat al perioadei de alăptare, anexând documente medicale eliberate de medicul de familie/medicul specialist care vor cuprinde și recomandări cu privire la capacitatea de muncă.

(53) Salariatele care alăptează beneficiază, la cerere, de fracționarea programului de muncă.

**(54) Angajatorului îi revin în principal următoarele obligații:**

- să prevină expunerea salariatelor gravide și/sau mame, lăuze și/sau care alăptează, la riscuri ce le pot afecta sănătatea și securitatea, în situația în care rezultatele evaluării evidențiază astfel de riscuri și să nu le constrângă pe acestea să presteze o muncă dăunătoare sănătății sau stării lor de graviditate ori copilului nou-născut;
- la recomandarea medicului de medicina muncii, să ia măsurile necesare pentru protecția sănătății și stării salariatei în cauză, și a copilului, precum:
- modificarea locului de muncă al salariatelor care își desfașoară activitatea numai în poziția ortostatică sau în poziția așezat, pentru a li se putea asigura pauze la intervale regulate de timp;
- modificarea condițiilor ori repartizarea la alt loc de muncă, cu menținerea veniturilor salariale, pentru salariatele care desfașoară activitate care prezintă riscuri pentru sănătate sau securitate ori cu repercusiuni asupra sarcinii și alăptării.

(55) În cazul în care Angajatorul, din motive obiective, nu poate lua măsuri pentru modificarea condițiilor de muncă sau repartizarea la alt loc de muncă, atunci când acestea se impun, salariatele în cauză au dreptul la concediu de risc maternal, în condițiile legii și numai dacă solicitarea este însoțită de un document medical.

(56) La întoarcerea din concediul legal acordat pentru îngrijirea copilului, salariața va fi încadrată pe postul avut inițial, toate drepturile aferente locului de muncă urmând a fi acordate integral.

(57) Contractul individual de muncă nu poate fi desfăcut din motive neimputabile angajatului pe perioada efectuării concediului de creștere a copilului.

### CAPITOLUL III

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

---

**Sediul materiei:**

- **ORDONANȚĂ nr. 137 din 31 august 2000 (\*republicată\*)** privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare\*\*)
- **LEGE nr. 202 din 19 aprilie 2002 (\*\*republicată\*\*)** privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați
- **LEGE nr. 167 din 7 august 2020** pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, precum și pentru completarea art. 6 din Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați

(1) Angajatorul respecta prevederile legale cu privire la nediscriminare și la respectarea demnității umane și aplica principiul egalității de tratament față de toți salariații săi. Astfel, relațiile de muncă din cadrul spitalului nu sunt conditionate:

- de participarea la o activitate economica sau exercitarea libera a unei profesii, de apartenenta salariatului la o rasa, nationalitate, etnie, religie, categorie sociala, de convingerile, sexul sau orientarea sexuala, de varsta sau de apartenenta salariatului la o categorie defavorizata;
- la angajarea in munca a unei persoane pe motiv ca acesta apartine unei rase, nationalitati, etniei, religii, categorii sociale sau categorii defavorizate ori datorita convingerilor, varstei, sexului sau orientarii sexuale a acesteia;
- la ocuparea unui post, prin concurs, de apartenenta la o rasa, nationalitate, etnie, religie, categorie sociala sau categorie defavorizata, de varsta, de sexul ori orientarea sexuala, respectiv de convingerile candidatilor;
- la acordarea prestatiilor sociale de care beneficiaza salariatii, datorita apartenentei salariatilor la o rasa, nationalitate, comunitate lingvistica, origine etnica, religie, categorie sociala sau categorie defavorizata ori datorita varstei, sexului, orientarii sexuale sau convingerilor acestora.

(2) Reglementarile legale mai sus precizate nu pot fi interpretate in sensul restrangerii dreptului angajatorului de a refuza angajarea unei persoane care nu corespunde cerintelor si standardelor uzuale in domeniul respectiv, atata timp cat refuzul nu constituie un act de discriminare;

(3) Spitalul asigura confidentialitatea datelor privitoare la rasa, nationalitatea, etnia, religia, sexul, orientarea sexuala sau a altor date cu caracter privat care privesc persoanele aflate in cautarea unui loc de munca.

(4) Conform Codului Muncii, in cadrul relatiilor de muncă functionează principiul egalitatii de tratament fata de toti salariatii.

(5) Orice discriminare directă sau indirectă fata de un salariat, bazata pe criteriile de sex, orientare sexuala, caracteristici genetice, varstă, apartenenta nationala, rasa, culoare, etnie, religie, optiune politica, origine sociala, handicap, situatie sau responsabilitate familiala, apartenenta sau activitate sindicală este interzisa.

(6) Orice salariat care presteaza o munca beneficiaza de conditii de munca adecvate activitatii desfășurate, de protectie sociala de securitate si sanatate in munca, precum si de respectarea demnitatii si constiintei sale, fara nici o discriminare.

(7) Tuturor salariatilor care prestează o muncă le sunt recunoscute drepturile la plată egale, dreptul la negociere colectiva, dreptul la protectia datelor cu caracter personal, precum si dreptul la protectie impotriva concedierilor nelegale.

(8) Orice salariat are dreptul la sanatate, ingrijire medicala, securitate sociala si la servicii medicale.

(9) Orice salariat are dreptul la educatie si pregătire profesionala.

(10) Orice salariat are drepturi in ceea ce priveste conditiile de incadrare in munca, criteriile si conditiile de recrutare si selectare, criteriile pentru realizarea promovarii, accesul la toate formele si nivelurile de orientare profesionala, de formare profesionala si de perfectionare profesionala.

(11) Sanctiunile care se aplica pentru nerespectarea *Legii nr. 202/ 2002 privind egalitatea de sanse intre femei si barbati la locurile de munca, cu modificarile si completarile ulterioare*, precum si pentru nerespectarea prevederilor *Legii nr. 96/ 2003 privind protectia maternitatii la locurile de munca*, vor fi cele din Codul Muncii în functie de gravitatea faptei.

(12) Relatiile de munca in cadrul angajatorului se bazeaza pe respectarea urmatoarelor principii de drept

- principiul libertatii muncii;
- principiul nediscriminarii;
- principiul inlaturarii oricarei forme de incalcare a demnitatii;

- principiul egalitatii de sanse si tratament atat la angajare, cat si pe parcursul executarii contractului individual de munca ori la incetarea acestuia;
- principiul echitatii in atribuirea sarcinilor de serviciu.

(13) Este interzisa in cadrul spitalului discriminarea directa sau indirecta bazata pe criterii de sex, orientare sexuala, caracteristici genetice, varsta, apartenenta nationala, rasa, culoare, etnie, religie, optiune politica, origine sociala, handicap, situatie sau responsabilitate familiala, apartenenta ori activitate sindicala.

(14) Este interzis la locul de munca orice comportament de hartuire sau hartuire sexuala, avand ca efect crearea la locul de munca a unei atmosfere de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectata;

(15) Comportamentul agresiv si hartuitor fata de angajati (denumit *bulling* sau *mobbing*), este interzis in cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil si constituie abatere disciplinara.

(16) **Bullingul** reprezinta acel comportament de intimidare ori persecutare a unuia sau mai multor angajati, caracterizat prin fapte de hartuire verbala, de folosire a fortei, amenintare, constrangere, abuzare, intimidare, sau dominare agresiva, daca acestea intrunesc elementele constitutive ale unei infractiuni, avand ca scop formarea, impunerea, sau mentinerea unei perceptii privind superioritatea agresorului, pe de o parte, si a inferioritatii victimelor, pe de alta parte, afectarea mintala, emotionala, ori a imaginii si reputatiei victimelor.

(17) Pentru ca aceste fapte sa fie considerate *bulling*, este necesar ca ele sa fie savarsite cu buna intentie, in mod repetat, iar considerentele care au generat agresiunea sa se fi bazat pe diferente de clasa sociala, religie, sex, rasa, apartenenta sociala, religie, optiuni politice, aspect, comportament, orientare sexuala, personalitate, reputatie, putere, marime sau capacitatea victimei.

(18) **Mobbing** reprezinta forma de abuz emotional asupra unui angajat, care e in mod constant discreditat, intimidat, batjocorit, agresat psihic, jignit, luat in deradere, izolat, persecutat, terorizat de catre unul sau un grup de colegi la locul de munca.

(19) Discriminarea de tip *mobbing* poate avea efecte mai mult sau mai putin de durata asupra starii mentale a victimei. *Mobbing*-ul este indreptat tipic impotriva individului, colegului, subalternului sau a persoanei aflata in functie de conducere, si ca durata se manifesta prin repetitivitate, pe o durata de cel putin 6 luni.

(20) Persoana care se considera agresata prin comportamente de tip *bulling* sau *mobbing*, se poate adresa cu plangere conducatorului ierarhic al agresorului, caruia i se vor face cunoscute cazurile de *bulling* sau *mobbing*, urmand a se dispune efectuarea unei cercetari disciplinare.

(21) Angajatii care se considera discriminati au dreptul sa formuleze sesizari/reclamatii catre angajator prin care sa denunte comportamentele discriminatorii, si sa solicite sprijinul reprezentantilor salariatilor pentru rezolvarea situatiei la locul de munca.

(22) In cadrul relatiilor dintre salariatii, precum si dintre acestia si alte persoane fizice cu care vin in contact in indeplinirea atributiilor de serviciu, se interzice orice comportament care sa aiba ca scop sau ca efect defavorizarea sau supunerea la un tratament injust sau degradant a unei persoane sau un grup de persoane.

(23) Relatiile de munca in cadrul angajatorului se intemeiaza pe principiul bunei-credinte, in care scop salariatii au indatorirea sa se informeze si să se consulte reciproc, in conditiile legii.

(24) Relatiile de munca din cadrul angajatorului se desfasoara potrivit egalitatii de tratament fata de toti salariatii.

(25) Constituie **hărțuire morală** la locul de muncă și se sancționează disciplinar, contravențional sau penal, după caz, 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 să aibă 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 dintre următoarele forme:

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

(26) Fiecare angajat are dreptul la un loc de muncă lipsit de acte de hărțuire morală.

(27) Angajații care săvârșesc acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă răspund disciplinar, în condițiile legii și ale regulamentului intern al angajatorului. Răspunderea disciplinară nu înlătură răspunderea contravențională sau penală a angajatului pentru faptele respective.

(28) Este interzisă stabilirea de către angajator, 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.

(29) Angajatul, victimă a hărțuirii morale la locul de muncă, trebuie să dovedească elementele de fapt ale hărțuirii morale. Intenția de a prejudicia prin acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă trebuie dovedită.

(30) Nu constituie hărțuire verificarea condicilor de prezență sau verificarea prezenței angajaților la locul de muncă ori verificarea îndeplinirii atribuțiilor de serviciu.

## CAPITOLUL IV DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ANGAJATORULUI ȘI ALE SALARIAȚILOR

---

### **Art. 1. Obligațiile angajatorului:**

#### **(1) Spitalul este obligat în principiu să asigure:**

- prevenirea și combaterea bolilor transmisibile;
- efectuarea consultațiilor, investigațiilor, tratamentelor și a altor îngrijiri medicale bolnavilor spitalizați;
- stabilirea corectă a diagnosticului și a conduitei terapeutice pentru pacienții spitalizați;
- aprovizionarea (cu încadrarea în BVC) și distribuirea medicamentelor;
- aprovizionarea în vederea asigurării unei alimentații corespunzătoare, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ, respectând alocația de hrană alocată conform legislației în vigoare;
- realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de protecția muncii și paza contra incendiilor conform normelor în vigoare.
- realizarea condițiilor necesare pentru buna desfășurare a activității în unitate de către salariații săi prin constituirea de comisii (comisii de achizitii, comisie de cercetare disciplinară, etc).
- prevenirea și combaterea infecțiilor nosocomiale;
- aprovizionarea cu substanțe și materiale de curățenie și dezinfectie (cu încadrarea în BVC);

- în perioada de carantină să limiteze accesul vizitatorilor în spital, în unele secții ;
- să ia măsurile corespunzătoare pentru organizarea activității astfel încât aceasta să se desfășoare în condiții de disciplină și siguranță prin :
  - crearea unei structuri organizatorice raționale ;
  - repartizarea salariaților pe locuri de muncă cu precizarea atribuțiilor și răspunderilor lor, prin adoptarea unei structuri de personal corespunzătoare ;

**(2) Angajatorul are, în principal, următoarele obligații:**

- să informeze salariații asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă ;
- să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice avute în vedere la elaborarea normelor de muncă și condițiile corespunzătoare de muncă în limita bugetului aprobat;
  - să acorde salariaților toate drepturile ce decurg din lege, din contractul colectiv de muncă aplicabil și din contractele individuale de muncă, în limitele bugetului aprobat ;
  - să comunice periodic salariaților situația economică și financiară a unității cu excepția informațiilor sensibile sau secrete, care, prin divulgare, sunt de natură să prejudicieze activitatea unității. Comunicarea se va face semestrial prin afișare pe site-ul unității.
  - să se consulte cu sindicatul sau, după caz, cu reprezentanții salariaților în privința deciziilor susceptibile să afecteze substanțial drepturile și interesele acestora ;
  - 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 ;
  - să înființeze atât registrul general de evidență a salariaților și să opereze înregistrările prevăzute de lege, cu respectarea strictă a modului de completare a acestuia, cât și registrul general de intrare ieșire a documentelor ;
  - să întocmească dosarul personal al fiecărui salariat cu respectarea componenței minime prevăzute de lege și să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului ;
  - să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților ;
  - să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului
  - să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților ;

**(3) În vederea bunei desfășurări a activității medico-sanitare și îndeplinirii sarcinilor curative profilactice, conducerea spitalului *se obligă* :**

- să organizeze munca angajaților în cadrul regulamentului de organizare și funcționare al Spitalului Orașenesc „Sf.Filofteia” Mizil ;
- să precizeze locul de muncă și atribuțiile fiecărui salariat în raport de pregătirea sa profesională și capacitate de muncă;
- să stabilească conform regulamentului de organizare și funcționare al spitalului, sarcinile concrete ce revin fiecărui loc de muncă și să le aducă la cunoștința salariaților la angajare și ori de câte ori se modifică, prin fișa postului ;
- să folosească rațional forța de muncă și în limita bugetului aprobat, să mențină numărul de salariați la nivelul necesar realizării unei asistențe sanitare de calitate și în conformitate cu normativul de personal, să se preocupe de formarea profesională a salariaților și promovarea lor în raport cu pregătirea și rezultatele obținute în activitate

- să sprijine și să dezvolte inițiativa și puterea creatoare a tuturor salariaților, să țină seama de propunerile și sugestiile ce se fac în vederea îndeplinirii sarcinilor și asigurarea unei asistențe de calitate bolnavilor
- să ia măsuri pentru aprovizionarea ritmică a spitalului în limita fondurilor aprobate, cu toate cele necesare, astfel încât activitatea sanitară să decurgă în condițiile optime
- să pună la dispoziția angajaților, potrivit specificului de muncă, aparatele, instrumentele, agregatele, piese de schimb, materiale etc. din dotare, necesare desfășurării activității acestora asigurând fiecăruia condițiile optime rezolvării sarcinilor ce le revin ;
- să asigure buna funcționare a aparatelor, instalațiilor, mașinilor, agregatelor, a întregului utilaj și să ia măsuri ca planul de revizuire și reparare al acestora să se îndeplinească în limita bugetului aprobat, fără micșorarea timpului de lucru al angajaților sau perturbarea activității unității ;
- să organizeze urmărirea aplicării instrucțiunilor pentru buna funcționare și exploatare a aparatelor, instalațiilor, mașinilor, agregatelor și întregului utilaj, precum și instrucțiunile tehnice de lucru și de protecție a muncii ;
- să asigure condițiile de păstrare a îmbrăcămintii personale a angajaților, precum și echipamentul de protecție în limita bugetului aprobat ;
- să respecte normativele referitoare la echipamentul de protecție individuală și toate drepturile stabilite prin lege pentru condițiile speciale de muncă, în limita bugetului aprobat ;
- să folosească în mod rațional fondurile alocate pentru protecția muncii ;
- să respecte legile și regulamentele privind protecția muncii, timpul de muncă și odihnă al salariaților, sporuri de noapte pentru condiții deosebite și periculoase, munca tinerilor și femeilor, concediile de odihnă anuale planificate și acordarea tuturor drepturilor legale ;
- să asigure permanența pe cele două ture și sărbători legale a echipelor de cadre sanitare și tehnicieni în vederea remedierilor eventualelor deficiențe ce se pot ivi la instalații, mașini, aparate, clădiri etc. și acordarea asistenței medicale a bolnavilor ;
- să nu folosească salariații în timpul programului de lucru, pentru activități nelegate de sarcinile de serviciu ;
- să întocmească fișe cu evaluarea periodică a activității depuse de fiecare salariat în parte, în vederea stabilirii salarizării și să le aducă la cunoștința celor în cauză;
- să asigure eliberarea de legitimații tuturor salariaților, cu indicarea locului de muncă al fiecăruia ;
- să întărească disciplina controlând în permanență activitatea angajaților, îndrumându-i, luând măsuri de remediere a deficiențelor și de sancționare a abaterilor ;
- să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților.
- să organizeze activitatea salariaților în cadrul programului de lucru al Spitalului, precizând locul de muncă și atribuțiile fiecăruia în raport cu specializarea sa
- să stabilească locurile de muncă unde accesul sau circulația este interzisă sau permisă în anumite condiții
- să asigure salariul convenit fiecărui salariat în raport cu meseria/funcția, pregătirea și munca ce o prestează, conform legislației în vigoare;
- să exercite îndrumare și un control permanent și exigent asupra îndeplinirii sarcinilor de serviciu
- să analizeze anual activitatea profesională a personalului angajat încadrat în muncă în vederea acordării calificativelor ;
- să asigure cadrul general de aplicare a dreptului de demnitate al tuturor salariaților;
- să asigure accesul salariaților la serviciul medical de medicina muncii;

- să asigure măsuri pentru protecția muncii, prevenirea și stingerea incendiilor, dotarea personalului cu echipament de protecție și a locurilor de muncă cu mijloace de protecție a instalațiilor, cu aparatura și materialele necesare în acest scop precum și cu documentația de specialitate necesară instruirii în acest scop;
- să asigure fondurile și condițiile necesare pentru:
  - a) efectuarea controlului medical periodic, conform normelor de sănătate publică și securitate în muncă;
  - b) aplicarea măsurilor de igienă, dezinfecție, dezinsecție și deratizare periodică;
  - c) vaccinarea și profilaxia specifică impusă de riscurile de la locul de muncă.
    - de a asigura respectarea Normelor în vigoare privind prevenirea și combaterea infecțiilor nozocomiale;
    - de a instrui salariatul atât în ceea ce privește activitatea acestuia în general cât și pe linie de sănătate și securitate în munca, PSI, mediu, situații de urgență -de a asigura salariatului alimentația antidot și de protecție unde este cazul ;
    - de a-i face salariatului un program de lucru care se încadrează în normele în vigoare, pe fiecare specific
    - de a asigura salariatului timpul de odihnă și repaus prevăzut de lege ;
    - de a-i plăti la timp salariatului salariul corespunzător pentru orele lucrate și sporurile convenite și/sau stabilite ;
    - de a planifica și a acorda salariatului concediul de odihnă anual ;
    - de a asigura salariaților perfecționarea profesională ;
    - alte obligații stabilite prin legislație sau contractul colectiv de muncă aplicabil.

## **Art. 2. Drepturile angajatorului**

### ***Angajatorul are cel puțin următoarele drepturi:***

#### **2.1. să stabilească organizarea și funcționarea unității;**

Angajatorul, prin organelle de conducere este singurul în măsură să stabilească organizarea și funcționarea unității. În virtutea acestui drept, în condițiile legii, angajatorul întocmește și modifică organigrama unității, decide înființarea, desființarea sau modificarea anumitor structuri/compartimente ale spitalului, decide asupra distribuirii sarcinilor și responsabilităților de serviciu ale salariaților cu respectarea contractului individual de muncă, a fișei de post și a altor acte care guvernează raporturile de muncă.

#### **2.2. să stabilească atribuțiile corespunzătoare fiecărui salariat, în condițiile legii**

Pe baza structurii organizatorice, angajatorul are dreptul de a stabili atribuțiile fiecărui post în parte prin raportare la cunoștințele, pregătirea și experiența salariatului, precum și cu privire la necesarul de activități ce urmează a fi derulate prin intermediul postului respectiv. Corelativ acestui drept al angajatorului, salariatului îi revine obligația de a îndeplini toate atribuțiile și de a respecta toate responsabilitățile ce îi revin fișei postului, precum și toate sarcinile de serviciu dispuse de către persoanele abilitate, potrivit organigramei, contractului individual de muncă, Regulamentului intern, procedurilor de lucru interne, protocoalelor, notelor interne, dispozițiilor și deciziilor etc.

#### **2.3. să dea dispoziții cu caracter obligatoriu pentru salariat, sub rezerva legalității acestora;**

Dispozițiile scrise sau verbale date de către angajator salariatului au un caracter obligatoriu pentru acesta, sub rezerva legalității emiterii, comunicării și conținutului acestora. Regulamentul și procedurile interne au putere de lege în cadrul unității, respectarea acestora fiind obligatorie.

#### **2.4. să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu;**

În baza relației de subordonare, odată stabilite sarcinile de serviciu, angajatorul are dreptul de a verifica modul în care salariatul și-a îndeplinit sarcinile de serviciu. Dacă în urma verificării modului de

îndeplinire de către salariat a sarcinilor de serviciu se constată neîndeplinirea acestora sau îndeplinirea necorespunzătoare, angajatorul are posibilitatea să dispună încetarea raporturilor de muncă prin emiterea unei notificări de încetare a contractului individual de muncă (dacă salariatul se află în perioada de probă) ori să aplice o serie de măsuri (inclusive concedierea) în urma cercetării pentru necorespundere profesională sau cercetării disciplinare prealabile.

2.5. să constate savarsirea abaterilor disciplinare și să aplice sancțiunile corespunzătoare, potrivit legii, Codului muncii, Contractului Colectiv de muncă și Regulamentului Intern

Angajatorul dispune de prerogativă disciplinară având dreptul de a efectua cercetarea disciplinară și de a aplica sancțiuni disciplinare salariaților ori de câte ori se constată că aceștia au săvârșit acțiuni sau inacțiuni în legătură cu munca prin care au fost încălcate normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă, contractul colectiv de muncă, notele interne, ordinele și dispozițiile legale ale conducătorilor.

2.6. să stabilească obiectivele de performanță individuală, precum și criteriile de evaluare a realizării acestora

Această dispoziție a fost introdusă prin Legea 40/2011 și conferă dreptul angajatorului de a stabili în mod unilateral și fără acordul salariatului obiectivele de performanță individuală ale salariatului. Criteriile de evaluare a îndeplinirii obiectivelor de performanță individuală reprezintă una din clauzele esențiale ale contractului individual de muncă și sunt prevăzute în prezentul regulament.

2.7. alte drepturi prevăzute în legislație

### **Art. 3. Obligațiile salariaților:**

#### ***Salariații au cel puțin următoarele obligații:***

3.1. Obligația de a realiza norma de muncă sau, după caz de a îndeplini atribuțiile ce le revin conform fișei postului ;

Realizarea normei de muncă și îndeplinirea de către salariat a atribuțiilor care îi sunt stabilite prin fișa postului reprezintă obiectul contractului individual de muncă din perspectiva salariatului care stă la baza achitării remunerației corespunzătoare.

Fișa postului este anexă la CIM iar salariatul este obligat să-și îndeplinească atribuțiile și responsabilitățile prevăzute nu numai în fișa postului ci și de a respecta toate celelalte activități conexe și auxiliare fișei postului, fie din proprie inițiativă, fie ca urmare a dispozițiilor obligatorii (scrise sau verbale) trasate de superiori.

3.2. Obligația de a respecta disciplina muncii ;

Contractul de muncă presupune o relație de subordonare a salariatului față de angajator. Angajatorul are dreptul de a stabili atribuțiile corespunzătoare fiecărui salariat, să dea dispoziții cu caracter obligatoriu și să verifice modul de îndeplinire a sarcinilor de serviciu. Astfel, se naște obligația salariatului de a respecta disciplina muncii.

3.3. de a respecta prevederile cuprinse în Regulamentul Intern, în Codul de conduită, în Contractul Colectiv de Muncă aplicabil, în Contractul Individual de Muncă, în Regulamentul de Organizare și Funcționare și în procedurile operaționale aplicabile fiecărei activități

Dispozițiile legale și ale contractului colectiv de muncă devin automat opozabile și sunt obligatorii odată cu încheierea contractului individual de muncă, în schimb, regulamentul intern își produce efectele de la data aducerii la cunoștința salariaților.

#### 3.4. Obligația de fidelitate față de angajator în executarea atribuțiilor de serviciu

Această obligație presupune că, pe durata contractului individual de muncă salariatul să nu săvârșească acte sau fapte care ar conduce la prejudicierea intereselor angajatorului.

#### 3.5. obligația de a respecta măsurile de securitate și sănătate în muncă

Art. 23 din Legea 319/2006 stabilește faptul că fiecare lucrător are obligația:

- a) sa utilizeze corect mașinile, aparatura, uneltele, substanțele periculoase, echipamentele de transport și alte mijloace de producție;
- b) sa utilizeze corect echipamentul individual de protecție acordat și, după utilizare, sa îl înapoieze sau sa îl pună la locul destinat pentru păstrare;
- c) sa nu procedeze la scoaterea din funcțiune, la modificarea, schimbarea sau înlăturarea arbitrară a dispozitivelor de securitate proprii, în special ale mașinilor, aparaturii, uneltelor, instalațiilor tehnice și clădirilor, și sa utilizeze corect aceste dispozitive;
- d) sa comunice imediat angajatorului și/sau lucrătorilor desemnați orice situație de muncă despre care au motive întemeiate sa o considere un pericol pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor, precum și orice deficiența a sistemelor de protecție;
- e) sa aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidentele suferite de propria persoana;
- f) sa coopereze cu angajatorul și/sau cu lucrătorii desemnați, atât timp cat este necesar, pentru a face posibila realizarea oricăror măsuri sau cerințe dispuse de către inspectorii de muncă și inspectorii sanitari, pentru protecția sănătății și securității lucrătorilor;
- g) sa coopereze, atât timp cat este necesar, cu angajatorul și/sau cu lucrătorii desemnați, pentru a permite angajatorului să se asigure ca mediul de muncă și condițiile de lucru sunt sigure și fără riscuri pentru securitate și sănătate, în domeniul sau de activitate;
- h) să își însușească și să respecte prevederile legislației din domeniul securității și sănătății în munca și măsurile de aplicare a acestora; i) sa dea relațiile solicitate de către inspectorii de muncă și inspectorii sanitari.

#### 3.6. obligația de a respecta secretul de serviciu

Este în strânsă legătură cu obligația de fidelitate a salariatului față de angajator și presupune obligația de a nu dezvălui sau difuza orice fel de date sau informații secrete ale angajatorului

#### 3.7. alte obligații prevăzute de lege sau de contractul colectiv de muncă aplicabil

Odată cu încheierea contractului individual de muncă în sarcina salariatului în mod automat se instituie o serie de obligații prevăzute nu numai de Codul muncii, ci și de legislația specific care guvernează relațiile de muncă. Salariatul are obligația de a respecta setul de obligații din legislația specifică, chiar dacă părțile nu au prevăzut în mod expres. Salariatul are obligația de a respecta și toate obligațiile prevăzute în acte întocmite de către angajator, cum ar fi codul de conduită, procedurile interne, regulamente etc.

#### 3.8. Salariații mai au și următoarele obligații:

- de a respecta regimul juridic al conflictelor de interese și al incompatibilităților stabilite prin legi;

- de a evita risipa și de a gospodări cu grijă materiile prime, materialele, combustibilii și energia, de a lua măsuri pentru înlăturarea oricărei neglijențe în păstrarea și administrarea bunurilor materiale;
- de a folosi echipamentele, mașinile, instalațiile încredințate la parametrii de funcționare menționați în documentația tehnică și în condiții de deplină siguranță, conform instrucțiunilor primite în scris pentru manevrarea acestora
- de a anunța, în cel mai scurt timp, șeful ierarhic, despre faptul că beneficiază de concediu medical și de a prezenta documentul medical corespunzător, în termen legal;
- de a informa în cel mai scurt timp posibil, conducătorul locului de muncă/ șeful ierarhic despre orice situație perturbatoare sau generatoare de prejudicii, în funcție de specificul structurii în care este încadrat cât și de obiectivele specifice stabilite de șeful ierarhic superior;
  - să respecte cu strictețe ordinea și disciplina la locul de muncă și să îndeplinească cu conștiinciozitate sarcinile de serviciu și normele de muncă și disciplină ce le revin conform legii, contractului individual de muncă, regulamentului de organizare și funcționare al unității, regulamentului de ordine interioară și dispozițiilor organelor de conducere privind desfășurarea activității în unitate ;
  - să respecte cu strictețe programul de lucru stabilit de conducere folosind integral și cu maximum de eficiență timpul de lucru pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu, să apere și să gospodărească judicios bunurile unității ;
  - obligația ca prin propria activitate și conduită deontologica să nu implice unitatea/secția, etc. în niciun conflict de interese ;
  - orice notă de constatare, act de control, PV, etc., rezultate în urma unui act de control trebuie înaintate de urgență conducerii spitalului ;
  - orice control ce se desfășoară din partea unui organ sau autoritate competentă va fi adus imediat la cunoștință membrilor comitetului director și managerului, această obligație revine în principal portarilor, medicilor de gardă ;
  - personalul din cadrul unității nu are voie să dea declarații în mass-media cu privire la activitatea unității fără aprobarea managerului sau a înlocuitorului său ;
  - personalul din cadrul unității are obligația de a informa de urgență șeful ierarhic superior și managerul despre orice fel de informații care li se cer legate de activitatea spitalului ;
  - personalul din cadrul unității are obligația de a respecta normele legale în vigoare, inclusiv în propunerile înaintate conducerii spitalului, sau managerului ;
  - personalul din cadrul unității are obligația de a păstra confidențialitatea drepturilor salariale ;
  - orice sancțiune primită de la organizații profesionale pe linie profesională (ex.: CMR, Colegiul Farmacștilor, OAMGMAMR, etc.) și orice cercetare penală trebuie aduse la cunoștință imediat conducerii unității
  - orice modificare, expirare a autorizațiilor, asigurărilor, documentelor necesare desfășurării activității (ex : ALP, asigurare de malpraxis autorizatii ISCIR, autorizatii pentru portari, Certificat membru Colegiul Medicilor, etc.) trebuie aduse imediat la cunoștință conducerii unității, de către angajatul care posedă respectivul document, autorizație, asigurare ;
  - orice schimb de tură se face numai în scris, cu avizul asistentei sefe/coordonatoare, a medicului sef/coordonator, director medical și cu aprobarea managerului;
  - orice anunt, informare, notă, etc. stipulate în acest Regulament intern se realizează în formă scrisă. O informare, anunt, notă, etc. nerealizată în formă scrisă poate fi considerată abatere disciplinară;

- în cazul în care unui salariat îi este adus la cunoștință sau înmănat un anumit act, fapt, etc. și refuză să ia la cunoștință sau să primească sub semnătură, cel care are responsabilitatea să distribuie/dea/înmâneze acel act va consemna în scris refuzul salariatului de a primi sau de a semna de luare la cunoștință. Fapta salariatului de a nu primi sau de a nu semna de luare la cunoștință poate fi considerată abatere disciplinară;
  - să folosească un limbaj și o atitudine civilizată cu colegii săi de muncă, cu subalternii și cu personalul de conducere al unității; orice dispută personală în timpul programului normal de lucru este interzisă și constituie abatere disciplinară, cu toate consecințele care decurg din prezentul regulament intern și legislația în vigoare;
  - să participe, în caz de calamitate, la salvarea și punerea la adăpost a bunurilor unității, în conformitate cu planurile de evacuare aprobate de manager;
  - să respecte regulile de acces în locurile de muncă și să nu permită intrarea persoanelor străine în locuri interzise;
  - să păstreze liniștea la locul de muncă, să respecte liniștea și orele de odihnă ale bolnavilor;
  - să respecte normele sanitare-antiepidemice și să nu constituie ei înșiși sau prin munca lor, surse de infecții intraspitalicești;
  - să poarte echipamentul de lucru sau protecție adecvat funcției respective și să nu intre în secții, servicii, fără echipamentul de protecție corespunzător;
  - să înștiințeze șeful ierarhic superior de îndată ce au luat la cunoștință de existența unor nereguli, abateri, lipsuri sau greutăți în activitatea de serviciu, aprovizionarea, întreținere, în scopul luării de măsuri pentru prevenirea sau remedierea situațiilor respective;
  - să execute lucrări cu respectarea calității cerute și în timpul optim;
  - să respecte dispozițiile legale privind păstrarea secretului de serviciu și secretului profesional;
  - să promoveze și să aplice în practică cele mai noi metode adoptate de știința medicală sau de specialitate, în vederea creșterii calității muncii, îngrijirii bolnavilor și ocrotirii sănătății acestora;
  - de a respecta recomandările și adresele de la organele ierarhic superioare pentru care au luat la cunoștință, nerespectarea acestora constituind abatere disciplinară care se sancționează conform Codului muncii;
  - de a respecta notele interne, procedurile operaționale, protocoalele medicale, normele interne, normele de bună practică nerespectarea acestora constituind abatere disciplinară care se sancționează conform Codului muncii;
  - de a cunoaște, a aplica și respecta legislația în vigoare. Aceasta este disponibilă la adresa [www.monitoruloficial.ro](http://www.monitoruloficial.ro). În cazul în care nu aveți posibilitatea de a accesa zilnic, aveți obligația de a informa de îndată conducerea unității;
  - de a cunoaște, a aplica și a respecta legislația medicală în vigoare, Contractul cadru, normele de aplicare a contractului-cadru și contractual încheiat de spital cu CAS Prahova pentru sectorul medical unde lucați. Aceasta este disponibilă la adresele [www.ms.ro](http://www.ms.ro) și [www.cnas.ro](http://www.cnas.ro)
  - are obligația și dreptul de a propune modificarea procedurilor operaționale, normelor interne sau deciziilor atunci când rezultatele preconizate de acestea nu se pot îndeplini sau afectează buna funcționare a unității. În aceste cazuri are obligația de a informa de îndată în scris conducerea unității;
  - să nu facă uz de calități neconforme cu postul pe care a fost angajat sau cu pregătirea dobândită;
  - să nu încerce să stabilească relații de subordonare cu colegii de la locul său de muncă, altele decât cele cuprinse în fișa postului;

- să respecte clauza de confidențialitate dintre el și angajator.
- la încetarea contractului individual de muncă, angajații au obligația de a returna ceea ce aparține de drept Spitalului, și în primul rând documentele (inclusiv în format electronic) care reprezintă informații confidențiale sau drept de proprietate intelectuală care aparține spitalului.
- respectă programul de lucru și semnează condica de prezență conform graficului de lucru.
- asigură monitorizarea specifică a bolnavilor conform prescripției medicale;
- respectă normele de securitate, manipulare și descărcare a stupefiantelor, precum și a medicamentelor cu regim special;
- organizează și desfășoară programul de educație pentru sănătate, activități de consiliere, atât pentru pacienți, cât și pentru aparținători și diferite categorii profesionale aflate în formare;
- utilizează și păstrează în bune condiții, echipamentele și instrumentarul din dotare, supraveghează colectarea materialelor și instrumentarului de unică folosință utilizat și se asigură de depozitarea acestora în vederea distrugerii;
- respectă reglementările în vigoare privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor nozocomiale;
- poartă echipamentul corespunzător funcției pe care o deține, în vederea păstrării igienei și a aspectului estetic personal;
- respectă comportamentul etic față de pacienți, aparținători și celelalte persoane cu care colaborează;
- respectă secretul profesional și circuitele funcționale ale unității;
- respectă programul de lucru, regulamentul intern și regulamentul de organizare și funcționare;
- respectă normele de protecția muncii și de PSI;
- aduce imediat la cunoștința conducerii orice eveniment sau orice neregulă constatată în unitate ;
- execută orice alte sarcini de serviciu în vederea asigurării unei bune funcționări a activității spitalului.
- în întreaga activitate desfășurată în cadrul spitalului, întregul personal medico-sanitar are obligația de a folosi un limbaj politic atât față de pacienți cât și față de vizitatori și de însoțitorii pacienților, colegi, subordonați, șefi ;
- respectă prevederile Legii nr.349/2002 privind interzicerea cu desăvârșire a fumatului în unități publice ;
- are obligația să își desfășoare activitatea în mod responsabil, conform reglementărilor profesionale și cerințelor postului.
- de a realiza norma de muncă sau, după caz de a îndeplini atribuțiile ce le revin conform fișei postului ;
- de a respecta disciplina muncii ;
- să respecte cu strictețe ordinea și disciplina la locul de muncă și să îndeplinească cu conștiinciozitate sarcinile de serviciu și normele de muncă și disciplină ce le revin conform legii, contractului individual de muncă, regulamentului de organizare și funcționare al unității, regulamentului de ordine interioară și dispozițiilor organelor de conducere privind desfășurarea activității în unitate ;
- să respecte cu strictețe programul de lucru stabilit de conducere folosind integral și cu maximum de eficiență timpul de lucru pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu, să apere și să gospodărească judicios bunurile unității ;
- obligația ca prin propria activitate și conduită deontologică să nu implice unitatea/secția, etc. în nici-un conflict de interese ;
- să respecte onoarea și demnitatea colegilor și a celorlalte persoane cu care angajatul intră în relații profesionale. Lezarea onoarei profesionale este interzisă, indiferent de momentul săvârșirii ei (în timpul sau în afara programului de lucru), atât timp cât are loc în incinta Spitalului;
- să nu iasă din incinta Spitalului în uniforma de serviciu

- să nu schimbe turele de serviciu, gărzile și contravizitele, etc. fără aprobarea prealabilă scrisă, astfel cum s-a stabilit
- să înștiințeze fără întârziere șeful ierarhic superior în legătură cu observarea existenței unor nereguli, abateri sau lipsuri în activitatea de la locul de muncă, acționând pentru diminuarea efectelor acestora și pentru prevenirea situațiilor care pun în pericol viața persoanelor sau prejudicierea patrimoniului Spitalului;
- să nu introducă în unitate și/sau să consume băuturi alcoolice sau să se prezinte la serviciu sub influența băuturilor alcoolice ori a drogurilor, fiind obligat să se supună controlului efectuat pentru stabilirea acestor situații;
- să nu acorde interviuri, declarații în presă fără acordul conducerii sau fără respectarea confidențialității pacientului ori a drepturilor copilului;
- să nu folosească în interes personal, să aducă la cunoștință pe orice cale sau să copieze pentru terțe persoane, fără acordul scris al conducerii, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului, date privind starea de sănătate a pacienților sau date personale și/sau date privind starea de sănătate a angajaților;
- să nu împiedice un alt salariat să-și îndeplinească atribuțiile de serviciu;
- să nu efectueze mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență ori alte documente;
- efectuarea orelor suplimentare de către personalul unității se va face numai cu avizul șefului de secție/comp./lab./birou, etc. și cu aprobarea managerului. Șeful de secție/comp./lab./birou, etc. va întocmi o notă justificativă cu privire la necesitatea și oportunitatea efectuării acestor ore suplimentare;
- să anunțe biroul (compartimentul) RUNOS în termen de 24 de ore de la data modificării despre orice modificare a datelor personale intervenite în situația sa, pentru o corectă preluare în sistemul informatic al asigurărilor sociale obligatorii și de impozitare a veniturilor etc;
- Personalul încadrat în unitate are obligația să își desfășoare activitatea în mod responsabil, conform reglementărilor profesionale și cerințelor postului.

### **3.9. Șefii de secții, servicii și compartimente, asistentele sefe/cu atribuții de coordonare au următoarele îndatoriri :**

- a) să stabilească din timp sarcinile ce revin colectivelor pe care le conduc ;
- b) să elaboreze și să aplice măsuri tehnico-organizatorice în vederea îndeplinirii integrale a atribuțiilor compartimentului respectiv și asigurării unei asistențe medicale de calitate ;
- c) să asigure planificarea din timp a aparatului, instrumentarului, medicamentelor, materialelor, mașinilor, pieselor de schimb, ca și urmărirea aprovizionării la timp cu toate cele de mai sus, în limitele atribuțiilor ce le revin ;
- d) să urmărească încadrarea în alocațiile bugetare a consumului de medicamente, alimente și alte materiale, efectuând analize periodice cu întregul colectiv din subordine și luând măsuri necesare pentru cheltuieli nejustificate ;
- e) să asigure ridicarea calificării personalului din subordine și întărirea disciplinei muncii, precum și respectarea principiilor decenței medicale și eticii profesionale ;
- f) să urmărească folosirea judicioasă și integrală a timpului de muncă de către fiecare salariat din subordine, în scopul îndeplinirii sarcinilor ce le revin acestora.
- g) Să se asigure că personalul din subordine își îndeplinește atribuțiile și obligațiile

## **Art. 4. Drepturile salariaților**

### **Salariații au următoarele drepturi:**

#### **4.1.dreptul la salarizare pentru munca depusă;**

Potrivit Codului muncii salariul reprezintă „cotraprestația muncii depuse de salariat în baza contractului individual de muncă”. Salariul și cuantumul acestuia reprezintă cauza esențială și determinată pentru care o persoană prestează muncă pentru și sub autoritatea angajatorului.

#### **4.2.dreptul la repaus zilnic și săptămânal;**

Repartizarea timpului de muncă în cadrul săptămânii este, de regulă, uniformă, de 8 ore pe zi timp de 5 zile, cu două zile de repaus. Salariații care lucrează în condiții de muncă deosebite beneficiază de reducerea programului normal de lucru, potrivit legii.

#### **4.3.dreptul la concediu de odihnă anual;**

Acest concediu anual este plătit, este garantat tuturor salariaților și salariatul nu poate renunța la acest drept. Pe durata concediului anual de odihnă contractul individual de muncă nu se suspendă

#### **4.4.dreptul la egalitate de șanse și de tratament;**

Acest drept este dezvoltat de OG 137/2000.

Este interzisă orice discriminare directă sau indirectă față de un salariat, bazată pe criterii de sex, orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiune politică, origine sexuală, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenența ori activitatea sindicală. Discriminarea directă reprezintă actele și faptele de excludere, deosebire, restricție sau preferință întemeiate pe unul sau mai multe dintre criteriile de mai sus, care au ca scop sau ca efect neacordarea, restrângerea ori înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării drepturilor prevăzute în legislația muncii. Discriminarea indirectă reprezintă actele și faptele întemeiate în mod aparent pe alte criterii decât cele enumerate mai sus, dar care produc efectele unei discriminări directe.

#### **4.5.dreptul la demnitate în muncă;**

În virtutea relației de subordonare dintre angajator și salariat, angajatorul are obligația de a respecta demnitatea salariatului, așa cum este consacrată și de Codul Muncii care stabilește că orice salariat care prestează o muncă beneficiază de respectarea demnității și a conștiinței sale și garantată de art. 1. Alin.3 din Constituția României în care se arată că România este un stat de drept în care demnitatea omului, drepturile și libertățile cetățenilor, libertatea de dezvoltare a personalității umane sunt garantate.

#### **4.6.dreptul la securitate și sănătate în muncă;**

Prin Legea 319/2006 este reglementat „ ansamblul de activități instituționalizate având ca scop asigurarea celor mai bune condiții în desfășurarea procesului de muncă, apărarea vieții, integrității fizice și psihice, sănătății lucrătorilor și altor persoane participante la procesul de muncă”.

#### **4.7.dreptul la acces la formarea profesională;**

Formarea profesională are ca scop adaptarea salariatului la cerințele postului, actualizarea cunoștințelor și deprinderilor specifice locului de muncă, dobândirea unor cunoștințe pentru realizarea activităților profesionale.

#### **4.8.dreptul la informare și consultare;**

Acest drept se exercită atât la angajare, anterior încheierii contractului individual de muncă (obligația de informare a angajatorului prevăzută la art. 17 și 18 din Codul Muncii), dar și pe durata executării acestuia.

#### **4.9.dreptul de a lua parte la determinarea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă**

În strânsă legătură cu dreptul salariaților la sănătate și securitate în muncă, acest drept are în vedere posibilitatea salariaților de a participa la consultări cu angajatorul în vederea creării condițiilor optime de muncă și a unui mediu propice desfășurării activității.

#### **4.10. dreptul la protecție în caz de concediere;**

Concedierea este posibilă, dar numai în condițiile prevăzute în mod expres de Codul Muncii, în caz contrar aceasta va fi lovită de nulitate.

4.11. dreptul la negociere colectivă și individuală;

Negocierea individuală are loc anterior modificării contractului individual de muncă.

Negocierea colectivă vizează dreptul salariaților de a participa prin sindicat sau reprezentanții acestora la elaborarea Regulamentului intern, Codului de etică, la negocierea contractului colectiv de muncă etc. Nu reprezintă un drept absolut și general aplicabil.

4.12. dreptul de a participa la acțiuni colective;

Dreptul angajaților de a declanșa conflicte colective de muncă în legătură cu începerea, desfășurarea și încheierea negocierilor contractelor colective de muncă este garantat de Legea dialogului social nr. 62/2011.

4.13. dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat;

Ca drept individual recunoscut și garantat de Constituția României, acesta presupune dreptul fiecărui individ de a se asocia liber în vederea constituirii unui sindicat sau de a adera/de a nu adera la un sindicat deja constituit. Dreptul fiecărui membru de a fi ales și de a alege organele de conducere ale organizației sindicale din care face parte. Dreptul fiecărui membru de sindicat de a-i fi garantată libertatea sindicală prin interzicerea oricăror presiuni sau represalii de orice fel în legătură cu apartenența la un sindicat ori activitate prestată.

4.14. alte drepturi prevăzute de lege sau de contractul colectiv de muncă aplicabil

Salariaților le sunt recunoscute toate celelalte drepturi care sunt prevăzute în Codul muncii, în alte legi speciale sau după caz, în contractul colectiv de muncă.

## CAPITOLUL V

### **PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CERERILOR SAU RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR**

**Art.1.** – Reglementarea procedurii de gestionare 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:
  - nemulțumiri din partea persoanelor care au adresat reclamații;
  - repartizarea incorectă a reclamațiilor în vederea soluționării acestora;
  - măsuri inadecvate în sensul soluționării în limitele prevederilor legale a tuturor reclamațiilor;

- întârzieri în transmiterea răspunsurilor formulate pentru fiecare dintre reclamații..

**Art.2.** – (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.3.** - 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.4.** - (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, urmând a fi prezentate managerul spitalului.

(2) Reclamațiile formulate de pacienți și depuse în cutiile poștale din cadrul structurilor medicale prevăzute la alin. (1) sunt colectate zilnic de asistenta șefă de secție și transmise secretariatul spitalului, cu adresă de înaintare semnată de șeful 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.5.** – (1) Managerul este obligat să analizeze proces-verbal și să ia măsuri pentru a-l rezolva, 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 șeful structurii de specialitate care a soluționat petiția. În răspuns se va indica, în mod obligatoriu, temeiul legal al soluției adoptate.

**Art.6.** – (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.7.** – (1) Șeful 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.8.** – (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.9.** – (1) În cadrul spitalului, personalul C.M.C.S.S. 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 menționate la alineatul (1) 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 la alineatul (2), ȘEF AAT al spitalului are obligația de a pune la dispoziția C.M.C.S.S. 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 eficace de siguranță a pacienților și angajaților spitalului.

**Art.10.** 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;
- b) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienții.
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor/personalului propriu privind hrana primită;
- d) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor/personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor;
- e) Numărul de reclamații ale pacienților/personalului privind activitatea din cadrul spitalului.
- f) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu colectate de la nivelul cutiilor poștale din cadrul Spitalului
- g) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu înregistrate în registratură.

## **CAPITOLUL VI**

### **PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ**

**Art.1.** (1) Reglementarea procedurii de soluționare 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) Procedura de soluționare amiabilă 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.2.** (1) Părțile din contractul individual de muncă pot decide asupra parcurgerii sau neparcurgerii procedurii 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) Prin parcurgerea procedurii se urmărește soluționarea amiabilă a unui conflict de muncă cu ajutorul unui consultant extern specializat în legislația muncii, în condiții de neutralitate, imparțialitate, confidențialitate și având liberul consimțământ al părților. În această procedură 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 stăruie ca părțile să acționeze responsabil pentru stingerea conflictului, cu respectarea drepturilor salariaților recunoscute de lege sau stabilite prin contractul individual de muncă.

(4) Deschiderea procedurii 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 deschiderii procedurii 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, 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.

(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.3.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă

- vizează în mod exclusiv soluționarea conflictelor individuale de muncă;  
- modalitate amiabilă de soluționare a conflictelor individuale de muncă, fără a îngrădi accesul la justiție;

- este o procedură 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;

1. Numărul de conflicte individuale de muncă înregistrate în secretariatul spitalului;
2. Numărul de conflicte individuale de muncă soluționate prin conciliere din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate ;
3. Numărul de conflicte individuale de muncă eșuate din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate

## **CAPITOLUL VII**

### **REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL**

---

**Art.1.** – 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.2.** - 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 diferitelor 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.3.** – (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.4.** –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 acestuia, 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) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;
- j) 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);
- k) comiterea de fapte care ar putea pune în pericol siguranța Angajatorului, a propriei persoane sau a colegilor;
- l) manifestări de natura a aduce atingere imaginii Angajatorului;
- m) folosirea în scopuri personale a autovehiculelor Angajatorului, a oricăror materiale, mijloace fixe sau materii prime ale acestuia;
- n) fumatul în incinta Spitalului;
- o) organizarea de întruniri în perimetrul spitalului fără aprobarea prealabilă a conducerii;
- p) introducerea, răspândirea sau afișarea în interiorul instituției a unor anunțuri, afișe, documente etc. fără aprobarea conducerii Spitalului;
- q) propaganda partizană unui curent sau partid politic.

**Art.5.** Ținuta de serviciu a salariatului va fi decentă (păstrând igiena personală și dând dovadă de respect față de angajator, colegi și pacienți) și va consta în:

- machiaj, coafură și accesorii discrete, unghii îngrijite și tăiate scurt;
- personalul medico-sanitar și auxiliar: halate (cu respectarea codului culorilor) și încălțăminte specifică, silențioasă;
- în cazurile prevăzute de legislația în vigoare: îmbrăcăminte, bonetă, mască și încălțăminte de protecție;
- în salile de operații, sunt interzise: lacul de unghii, brățari, ceasuri, lanțuri lungi și cercei.

- Schimbarea echipamentului de lucru nu intră în programul de lucru.

**Art.6.** Salariatul trebuie să poată fi identificat în timpul programului de lucru, fiind obligat:

- să poarte ecuson pe îmbrăcămintea de serviciu, pe care vor fi indicate numele, secția, funcția, spitalul;
- să se prezinte când răspunde la telefon

## **CAPITOLUL VIII**

### **ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANCTIUNILE APLICABILE**

---

**Art.1.** - 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.2.** - 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.3.** – (1) Pentru săvârșirea de abateri disciplinare, precum și pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale<sup>1</sup>, 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) desfacerea contractului individual de muncă din motive disciplinare.

(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 Serviciului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale<sup>2</sup>, acesta având obligația de a propune managerului spitalului sancțiuni pentru personalul care nu respectă respectivele protocoale/proceduri.

(4) Personalul Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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.

<sup>1</sup> În continuare: „I.A.A.M.”;

<sup>2</sup> În continuare: ”C.P.I.A.A.M.”;

**Art.4.** Amenzile disciplinare sunt interzise cu excepția celor prevăzute expres de alte legi în vigoare, respectiv în cazul nerespectării prevederilor privind interzicerea fumatului și consumului de băuturi alcoolice în instituție.

(1) Abaterea disciplinară este o faptă în legătură cu munca și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil, ordinele și dispozițiile legale ale conducătorilor ierarhici.

(2) În raport cu gravitatea abaterii disciplinare comise, sancțiunile disciplinare ce se aplică sunt :

- a) avertismentul scris ;
- b) retrogradarea din funcție, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile;
- c) reducerea salariului de bază pe o durată de 1-3 luni cu 5-10% ;
- d) reducerea salariului de bază și/sau, după caz, și a indemnizației de conducere pe o perioadă de 1 - 3 luni, cu 5 -10% ;
- e) desfacerea disciplinară a contractului de muncă.

(3) Amenzile disciplinare sunt interzise. Pentru aceeași abatere disciplinară se poate aplica numai o singură sancțiune. 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 al salariatului ;
- c) consecințele abaterii disciplinare ;
- d) comportarea generală în serviciu a salariatului ;
- e) eventuale sancțiuni disciplinare suferite anterior de către acesta .

(4) 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 scrisă.

(5) Se consideră **abateri grave de serviciu** pentru săvârșirea cărora se pot aplica sancțiuni severe inclusiv desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă conform Codului Muncii următoarele fapte

- neîndeplinirea obligațiilor/atribuțiilor/ sarcinilor stabilite în sarcina salariaților prin prezentul regulament, contract individual de muncă, fișa postului, proceduri, note interne, decizii, legi etc.
- neanunțarea în termen de 24 de ore la RUNOS a motivului neprezentării la serviciu
- părăsirea serviciului fără bilet de voie aprobat de către manager
- neadministrarea tratamentului prescris bolnavilor, administrarea greșită a acestuia, neacordarea îngrijirii bolnavilor ;
- achiziționarea de alimente alterate, păstrarea alimentelor în condiții necorespunzătoare, prepararea alimentelor în mod necorespunzător sau neigienic, administrarea la bolnavi de alimente necorespunzătoare care duc la agravarea stării lor de sănătate ;
- sustragerea sau folosirea în interes propriu a medicamentelor sau alimentelor destinate bolnavilor, precum și a bunurilor de orice fel aparținând unității ;
- folosirea nejustificată sau înstrăinarea opiaceelor ;
- eliberarea de înscrisuri publice contrar dispozițiilor legale sau de către persoane necompetente, de adeverințe sau alte înscrisuri neconforme realității sau de către persoane necompetente precum și aplicarea ștampilei unității pe alte semnături decât cele ale persoanelor autorizate ;

- condiționarea asistentei medicale : internare, prescriere, efectuare de tratamente, de rețete speciale, eliberarea de certificate medicale și efectuării oricăror lucrări legal datorate ;
- încălcarea normelor de igienă sau antiepidemice cu sau fără consecința apariției unor infecții intraspitalicești ;
- tamponarea autovehiculelor din vina angajaților, predarea acestora pentru conducere altor conducători auto (fără aprobarea conducerii) și folosirea autovehiculelor unității în interes personal ;
- consumarea de băuturi alcoolice în incinta unității sau venirea la serviciu în stare de ebrietate ;
- lipsa nejustificată din serviciu, neasigurarea continuității activității în ture, somnul în timpul serviciului (excepție medicul de gardă) și orice neglijență care prejudiciază starea de sănătate a bolnavului ;
- nerespectarea secretului de serviciu, a confidențialității, înstrăinarea documentelor unității, denigrarea colegilor sau a unității ;
- nerespectarea drepturilor pacienților
- crearea unui climat nefavorabil desfășurării activității în unitate ;
- refuzul de a se supune controlului la intrarea și ieșirea din unitate ;
- superficialitatea, reaua voință, sustragerea de la îndeplinirea atribuțiilor, neglijența în serviciu ;
- refuzul de a primi/preda și semna de primire/predare a documentelor ;
- neîndeplinirea sau îndeplinirea defectuoasă a atribuțiilor de serviciu ;
- nerespectarea regulilor de ordine și disciplină în unitate ;
- refuzul de a semna și însuși fișa postului și regulamentul intern ;
- comportament neadecvat față de pacient, încălcarea drepturilor acestuia, intrarea sau permiterea intrării fără aprobare și dispoziție de lucru în sectoarele cu acces interzis (laboratoare, punct termic, statia de oxigen, magazii, arhivă, caserie, farmacie, etc.)
- incalcarea oricareia dintre obligatiile prevazute la în prezentul regulament
- provocarea, falsificarea sau înlesnirea falsificării evidenței salariatilor, a pontajelor sau a altor documente oficiale ale angajatorului;
- furtul sau intentia dovedită de furt al oricărui bun din patrimoniul Spitalului;
- încălcarea regulilor de confidentialitate în folosul propriu sau al unor terti;
- deteriorarea intentionată a unor bunuri aparținând Spitalului;
- orice faptă susceptibilă de a pune în pericol viata sănătatea altor persoane sau integritatea bunurilor Spitalului;
- neglijenta, dacă prin această s-au adus prejudicii materiale sau morale importante sau a fost periclitată viata altor persoane;
- refuzul de a îndeplini sarcini rezonabile justificate de la șefii ierarhici, în conformitate cu functia și prevederile fișei postului;
- violarea secretului corespondentei, inclusiv prin poșta electronică;
- falsul în acte contabile, documente justificative primare pe baza cărora se fac înregistrări în contabilitate.
- refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultatii interdisciplinare de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea sectiilor, serviciilor medicale, aprobate de conducerea unitatii sanitare
- absente nemotivate repetate;
- concurenta neloială;

**(6) De asemenea, constituie abatere disciplinară gravă, cel puțin următoarele fapte :**

- neîndeplinirea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la capitolul drepturile și obligațiile salariaților
- îndeplinirea neglijentă a atribuțiilor de serviciu ;
- întârzierea sistematică în efectuarea lucrărilor ;
- desfășurarea altor activități decât cele stabilite prin fișa postului, sau prin atribuțiile stabilite prin contractul individual de muncă, în timpul orelor de program ;
- refuzul nejustificat de a îndeplini sarcinile și atribuțiile de serviciu ;
- lipsa nemotivată de la serviciu sau întârzierea repetată de la serviciu ;
- părăsirea unității în timpul orelor de program fără ordin de serviciu sau aprobarea șefului ierarhic ;
- refuzul salariatului de a se supune examenelor medicale ;
- neanunțarea imediată, a membrilor comitetului director și a managerului, a unui control efectuat în unitate de către un organ sau autoritate competentă
- neraportarea unui eveniment care a avut loc iar dacă evenimentul are consecințe serioase pentru instituție poate fi considerat abatere disciplinară gravă.
- sustragerea sau tentativa de sustragere din unitate a hranei, medicamentelor, combustibilului, produselor, obiectelor, materialelor de orice natură (sanitare și nesănătate) sau orice face parte din patrimonial unității este considerată abatere disciplinară gravă.
- neraportarea unui eveniment apărut în procesul muncii conform Legii nr.319/2006 privind securitatea și sănătatea în muncă;
- nerespectarea atribuțiilor din fișa postului precum și a prevederilor regulamentului intern, a regulamentului de organizare și funcționare ale unității, a procedurilor, contractului colectiv de muncă sau a altor regulamente aprobat la nivelul spitalului.
- Încălcarea regulilor și disciplinei la locul de muncă, precum și a normelor privind exploatarea, întreținerea și administrarea bunurilor spitalului;
- Sustragerea sub orice formă de bunuri și valori aparținând spitalului;
- Încălcarea regulilor privind activitățile de protecție și sănătate a muncii, de prevenire și de stingere a incendiilor;
- Introducerea sau consumul de băuturi alcoolice sau de substanțe stupefiante în incinta spitalului; prezentarea la serviciu în condiții necorespunzătoare îndeplinirii în bune condiții a sarcinilor, precum și efectuarea serviciului sub influența băuturilor alcoolice;
- Introducerea mărfurilor în incinta spitalului în vederea comercializării
- Încălcarea regulilor privind confidențialitatea unor documente și informații stabilite de conducerea spitalului sau prin lege;
- Încălcarea și nerespectarea regulilor împotriva infecțiilor nozocomiale și în mod special în spațiile cu risc crescut ( bloc operator, sterilizare, secții chirurgicale și ATI );
- Neprezentarea la serviciu la solicitarea conducerii spitalului, pentru înlăturarea efectelor unor calamități naturale;
- Nerespectarea ordinii și curățeniei la locul de muncă;
- Folosirea abuzivă a autovehiculelor, precum și a altor bunuri aparținând spitalului;
- Neținerea, necompletarea sau completarea necorespunzătoare a documentelor de specialitate, a evidențelor, precum și comunicarea de date sau informații inexacte sau incomplete;

- Nerealizarea lucrărilor încredințate în condițiile de calitate stabilite;
- Neînștiințarea șefilor ierarhici asupra unor deficiențe de natură a stânjeni activitatea normală a spitalului;
- Neîndeplinirea obligațiilor de serviciu cuprinse în fișa postului sau stabilite prin decizii, proceduri;
- Incalcarea cu vinovatie a oricaror altor prevederi din regulamentul intern.
- Fumatul in incinta unitatii precum si in spatiile anexe (curti interioare si exterioare) constituie abatere disciplinara sau contraventionala, dupa caz.
- Provocarea de pagube materiale spitalului din vina și în legătură cu munca salariatului atrage si raspunderea disciplinara pe langa răspunderea patrimonială a acestuia.
- neprezentarea la controalele si verificarile periodice privind starea sanatatii
- Parasirea locului de munca in timpul orelor de program fara aprobarea conducerii ( fara bilet de voie eliberat in acest sens );
- plecarea in concediu de odihna sau concediu fara plata inainte ca aceasta sa fie aprobata de conducerea angajatorului;
- nererespectarea confidentialitatii datelor personale ale angajatilor
- neglijența repetată în rezolvarea sarcinilor de serviciu, precum și actele de insubordonare;
- refuzul de a îndeplini sarcinile de munca, verbale sau scrise rezonabile și justificate de seful ierarhic superior, precum și întârzierea nejustificată în efectuarea lucrărilor;
- concurența neloială;
- refuzul nejustificat de a primi notele interne, informările, notele de serviciu, proceduri, protocoale etc.
- copierea de documente care conțin date cu caracter personal, precum și nerespectarea circuitului documentelor;
- defaimarea cu rea credință a institutiei,
- necompletarea sau completarea eronată a documentelor de specialitate, a evidentelor, precum și comunicarea de date și informații inexacte sau incomplete
- facilitarea accesului în incinta spitalului a unor persoane în afara orelor de vizită;
- manifestări publice care aduc prejudiciu prestigiului unitatii;
- nerespectarea regulilor privind accesul în spital;
- nesupravegherea echipamentelor de lucru lasate în funcțiune;
- omisiunea de a instiinta de indata angajatorul asupra deficientelor de natura sa stanjeneasca desfasurarea normala a activitatii;
- incalcarea regulilor și disciplinei locului de munca, precum și a normelor privind exploatarea, intretinerea și administrarea bunurilor spitalului;
- nerespectarea de către personalul unitații a prevederilor și a confidențialității datelor cu caracter personal
- neprezentarea la solicitarea managerului, membrilor comitetului director, consiliului medical, consiliului de administrație
- nerespectarea atribuțiilor din fișa postului precum și a prevederilor regulamentului intern și a regulamentului de organizare și funcționare ale unității.
- neanunțarea imediată, a membrilor comitetului director și a managerului, a unui control efectuat în unitate de către un organ sau autoritate competentă

- neraportarea unui eveniment care a avut loc iar dacă evenimentul are consecințe serioase pentru instituție poate fi considerat abatere disciplinară gravă.
- sustragerea sau tentativa de sustragere din unitate a hranei, medicamentelor, combustibilului, produselor, obiectelor, materialelor de orice natură (sanitare și nesanitare) sau orice face parte din patrimonial unității este considerată abatere disciplinară gravă.
- neraportarea unui eveniment apărut în procesul muncii conform Legii nr.319/2006 privind securitatea și sănătatea în muncă;
- nerespectarea prevederilor stabilite prin Regulamentul Intern
- utilizarea facebook-ului în timpul programului precum și instalarea acestuia pe computerele existente în unitate.

**(7) Constituie, de asemenea, abateri disciplinare și următoarele fapte săvârșite de conducătorii ierarhici :**

- neîndeplinirea atribuțiilor de organizare, coordonare și control;
- neexecutarea obligațiilor privind îndrumarea salariaților din subordine în legătură cu atribuțiile de serviciu;
- abuzul de autoritate față de salariații din subordine, știrbirea autorității sau afectarea demnității acestora;
- aplicarea sau propunerea aplicării în mod nejustificat a unor sancțiuni.

**(8) Nerespectarea de către personalul medico-sanitar a confidențialității datelor despre pacient și a confidențialității actului medical, precum și a celorlalte drepturi ale pacientului prevăzute în Legea 46/2003 atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală conform prevederilor legale.**

**(9) Constituie abatere disciplinară gravă care se sancționează cu desfacerea contractului individual de muncă :**

- Semnarea condicii de prezență de către un salariat în locul altui salariat în scopul de a ascunde lipsa acestuia de la serviciu.
- Falsificarea de pontaje, semnături.
- Sustragerea de bunuri din gestiune sau a bunurilor din spital
- Somnul/odihna în timpul programului normal de lucru (dar nu în timpul repausului zilnic sau a gărzilor).
- Instigarea altor salariați în vederea nerespectării atribuțiilor de serviciu
- Lipsa nemotivată de la serviciu mai mult de 3 zile consecutiv sau 5 zile într-o perioadă de 6 luni se sancționează cu desfacerea contractului individual de muncă

**(10) Enumerarea faptelor arătate mai sus nu este limitativă, sancțiunile disciplinare putându-se aplica și pentru nerespectarea oricăror altor obligații de serviciu prevăzute în actele normative generale sau interne, în vigoare.**

**(11) Salariaților nu li se poate aplica, pentru o faptă care constituie abatere disciplinară, decât o singură sancțiune, chiar dacă cu acest prilej au fost încălcate mai multe îndatoriri de serviciu. Este interzisă aplicarea de sancțiuni colective întregului personal al spitalului sau al unui compartiment de muncă pentru abaterile disciplinare ale unei persoane din colectiv.**

**(12) dacă un salariat a fost sancționat pentru o abatere disciplinară, iar el săvârșește din nou aceeași abatere sau alta de aceeași gravitate sau altă gravitate, angajatorul este în măsură să dispună oricare din celelalte sancțiuni disciplinare**

### **Sanțiunile disciplinare speciale**

(13) Sanțiunile speciale sunt prevăzute de anumite legi privind exercitarea profesiunilor specifice sistemului sanitar;

(14) Atât medicii, cât și cadrele medii sanitare, precum și personalul auxiliar sunt obligați să se comporte cu pacienții și aparținătorii lor într-o manieră care să excludă orice posibilitate de interpretare din partea acestora ca se dorește sau se urmărește o remunerare a actului medical și de îngrijire, alta decât cea prevăzută în statul de Plata. Încălcarea acestei obligații constituie abatere disciplinară gravă și se sancționează cu desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă al salariatului, indiferent de existența sau inexistența unor antecedente disciplinare.

## **CAPITOLUL IX REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ**

---

**Art.1.** – (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 iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

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

**Art.2.** - 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, cu calm și 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.3.** Ca urmare a sesizării sau a autosesizării conducerii Spitalului cu privire la săvârșirea de către un salariat a unei fapte ce ar putea constitui abatere disciplinară, Managerul va solicita întrunirea Comisiei de disciplină constituită la nivelul unității.

- Componența și atribuțiile Comisiei de disciplină sunt stabilite prin decizia Managerului.
- Cercetarea disciplinară prealabilă va fi efectuată conform legislației în vigoare și Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei de disciplină din cadrul Spitalului.
- În baza propunerii Comisiei, Managerul va decide sancționarea / nesancționarea salariatului.

**Art.4.** Decizia de sancționare poate fi contestată de salariat la instanțele judecătorești competente în termen legal. Toate sancțiunile aplicate se notează în dosarul personal și în evidențele biroului/compartimentului RUNOS. Decizia de sancționare se comunică salariatului în cel mult 5 zile calendaristice de la data emiterii și produce efecte de la data comunicării. 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. 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 scrisă.

**Art.5.** Abaterile disciplinare săvârșite de un încadrat în perioada detasării în altă unitate, se sancționează de conducerea unității la care acesta este detasat.

**Art.6.** Sancțiunile privind retrogradarea în funcție, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile; pot fi aplicate celor detasați numai cu acordul conducerii unității care i-a detasat, iar sancțiunea desfacerii disciplinare a contractului de muncă, se aplică de conducerea unității care i-a detasat.

## **CAPITOLUL X**

### **TIMPUL DE MUNCĂ ȘI TIMPUL DE ODIHNĂ**

---

#### **Art.1. Timpul de muncă**

(1) Timpul de muncă reprezintă orice perioadă în care salariatul prestează munca, se află la dispoziția angajatorului și îndeplinește sarcinile și atribuțiile sale, conform prevederilor contractului individual de muncă, contractului colectiv de muncă aplicabil și/sau ale legislației în vigoare.

(2) Evidența timpului de muncă efectuat de salariați se ține pe baza foii colective de pontaj și a condiții de prezență, salariații fiind obligați să semneze condica de prezență la venire și la plecare, menționându-se ora și minutele.

(3) Condica de prezență se depune pentru semnare în locul stabilit cu cel puțin 15 minute înainte de începerea, respectiv încetarea programului.

(4) Condica de prezență se ridică după 30 minute de la începerea, respectiv încetarea programului.

(5) Condițiile de prezență sunt verificate zilnic de medicul șef/coordonator/cu atribuții de coordonare sau persoană desemnată de către manager, care are obligația de a confirma prin semnătură, concordanța prezenței din secție cu cea din condică.

(6) Evidența prezenței la program se ține prin condici de prezență în care personalul este obligat să semneze zilnic. Nesemnarea zilnică și la timp a condicilor de prezență constituie o încălcare a normelor de disciplină a muncii și se sancționează conform legislației muncii.

(7) a) Durata normală a timpului de lucru este de 8 ore/zi;

b) La locurile de muncă cu activitate specifică se pot stabili forme speciale de organizare a activității (exemplu program de 12/24). Locurile de muncă și categoriile de personal pentru care durata normală a timpului de lucru este mai mică de 8 ore pe zi sunt stabilite prin OMSP nr.870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă în unități sanitare sau alte acte normative.

(8) Angajatul nu va părăsi locul de muncă până la sosirea schimbului, iar în caz de neprezentare a acestuia, va rămâne în schimb și va înștiința șeful ierarhic, care dispune ce măsuri vor fi luate.

(9) Programul de lucru, inclusiv gărzile, se stabilește de conducerea unității, respectându-se legislația în vigoare.

(10) **Munca suplimentară și munca de noapte** vor fi organizate conform Codului muncii. Evidența orelor efectuate peste program se ține separat pe locuri de muncă și se depune după aprobarea de către managerul unității la compartimentul RUNOS. Schimbatul de și în echipament de lucru nu intră în programul normal de muncă.

## **Art.2. Timpul de odihnă**

(1) **Timpul de odihnă** se acordă sub următoarele forme:

➤ **Repaus zilnic.** Salariații au dreptul între două zile de muncă la un repaus care nu poate fi mai mic de 12 ore consecutive. De asemenea, mai beneficiază de pauze constând în 10 minute la fiecare 4 ore de muncă zilnic/pe tură, fiind inclusă în durata normală de muncă.

➤ **Repausul săptămânal** este de 48 ore consecutive de regulă sâmbătă și duminică;

(2) În situația în care activitatea la locul de muncă nu poate fi întreruptă în zilele de sâmbătă și duminică, repausul săptămânal poate fi acordat și în alte zile ale săptămânii sau cumulativ pe o perioadă mai mare.

➤ **Sărbători legale.**

(3) Zilele de sărbători legale și religioase se acordă de angajator cu respectarea legislației în domeniu.

➤ **Concediu plătit pentru evenimente familiale deosebite.**

(4) Pentru evenimente familiale deosebite, salariații au dreptul la zile de concediu plătite, conform contractului colectiv de muncă aplicabil la nivel de spital și legislației în vigoare. Concediul plătit prevăzut mai sus se acordă de conducerea spitalului, la cererea scrisă a solicitantului, și nu se include în durata concediului de odihnă. Concediul se poate lua în termen de 5 zile de la data evenimentului familial.

➤ **Concediul fără plată.**

(5) Salariații au dreptul la concediu fără plată potrivit codului muncii și al contractului colectiv de muncă. Concediul fără plată se acordă salariaților la cererea acestora în funcție de interesele unității și în conformitate cu prevederile legale.

(6) Salariații au dreptul să beneficieze, la cerere, de concedii pentru formare profesională. Concediile pentru formare profesională se pot acorda cu sau fără plată.

(7) Concediile fără plată pentru formare profesională se acordă la solicitarea salariatului, pe perioada formării profesionale pe care salariatul o urmează din inițiativa sa. 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 institutiei de formare profesională.

➤ **Concediul de odihnă anual.**

(8) Orice modificare legislativă privind concediul de odihnă se va aplica și va face parte de drept din prezentul regulament.

(9) Programarea concediilor de odihnă se face în luna decembrie pentru anul următor, astfel încât să se asigure atât bunul mers al activității, cât și interesele salariaților și cu aprobarea conducerii unității.

(10) Conform art.144 (1) Codul Muncii dreptul la concediul de odihnă anual este garantat tuturor. Dreptul la concediul de odihnă anual nu poate forma obiectul vreunei cesiuni, renunțări sau limitări.

(11) Conform art.145 (1) Codul Muncii durata minimă a concediului de odihnă anual este de 20 zile lucrătoare. Sărbătorile legale în care nu se lucrează precum și zilele libere plătite nu sunt incluse în durata concediului de odihnă anual. Concediul de odihnă se efectuează în fiecare an. Compensarea în bani a concediului de odihnă neefectuat este permisă numai în cazul încetării contractului de muncă.

(12) Durata efectivă a concediului de odihnă anual este stabilită prin contractul colectiv de muncă.

(13) Concediul anual de odihnă se poate fracționa, la cererea salariatului, una din tranșe neputând fi mai mică de 10 zile lucrătoare.

(14) În situații de forță majoră angajatorul poate solicita întreruperea concediului de odihnă.

(15) În cazuri deosebite, la cererea argumentată a salariatului și cu acordul angajatorului și avizul organizației sindicale reprezentative din unitate, concediul anual de odihnă se poate amâna pentru anul următor, parțial sau în totalitate.

(16) Angajatul va beneficia de concediu de odihnă, concediu fără plată, zile libere plătite, concediu pentru formare profesională, bilet de voie în baza cererii scrise și aprobate de către conducerea Spitalului. Lipsa aprobării reprezintă absență nemotivată și se sancționează disciplinar conform prezentului Regulament. Orice învoire a salariaților se face pe baza biletului de voie aprobat de manager

(17) Salariatul va comunica RUNOS în termen de 24 de ore, dacă este în incapacitate de a lucra și beneficiază de concediu medical.

(18) Angajatul are obligația de a depune la platitor, în termenul stabilit de lege, exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) ale certificatului de concediu medical.

➤ **Pauza de masă.**

(19) Salariații au dreptul zilnic la pauză de masă. Durata pauzei de masă este de 20 minute între orele 13-14, se poate lua prin rotație pentru a duce la bun sfârșit mersul activității și este inclusă în durata zilnică a timpului de muncă.

(20) Masa va fi luată în locurile special amenajate. Din motive de igienă, este interzisă luarea mesei în secție, laborator, holuri, pe scări sau în afara unității.

(21) Este interzisă lăsarea pacienților nesupravegheați, sub pretextul pauzei de masă.

(22) Este interzisă consumarea alimentelor sau băuturilor alocate pacienților.

➤ **Zile libere.**

(23) Prin contractul colectiv de muncă se stabilesc și alte zile libere.

**Art.3. Salarizarea**

(1) Salariul reprezintă contraprestația muncii depuse de salariat în baza contractului individual de muncă și cuprinde salariul de bază, indemnizațiile, sporurile, precum și alte adaosuri.

(2) Pentru munca prestată în baza contractului individual de muncă, fiecare angajat are dreptul la un salariu exprimat în bani, care se stabilește cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.

(3) Drepturile salariale se plătesc într-o singură tranșă, în data de 15 a fiecărei luni, pentru luna precedentă.

(4) Salariul este confidențial, angajatorul având obligația de a lua măsurile necesare pentru asigurarea confidențialității

**Art.4.** - Programul orar al spitalului și activitățile care se desfășoară în cadrul acestuia se stabilesc de către managerul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

**Art.5.** – (1) Programul orar al Spitalului este următorul:

• **SECȚIA MEDICINĂ INTERNĂ**

➤ **MEDICI:** 08,00 – 15,00

- ASISTENTE: 07,00 – 19,00 – tura I  
19,00 – 07,00 – tura II
- INFIRMIERE: 07,00 – 19,00 – tura I  
19,00 – 07,00 – tura II
- **SECȚIA PEDIATRIE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENTE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
  - INFIRMIERE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
  - ÎNGRIJITOARE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
- **COMPARTIMENT CHIRURGIE GENERALĂ**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENTE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
  - INFIRMIERE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
  - ÎNGRIJITOARE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
- **COMPARTIMENT OBSTETRICĂ GINECOLOGIE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENTE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
  - ÎNGRIJITOARE: 07,00 – 19,00 tura I  
19,00 – 07,00 tura II
- **LABORATOR RADIOLOGIE**
  - MEDICI: 15,00 – 18,00
  - ASISTENTE: 09,00 - 15,00
- **LABORATOR ANALIZE MEDICALE**
  - CHIMIST: 09,00 – 16,00
  - BIOLOG: 08,00 – 15,00
  - ASISTENTE: 07,30 – 14,30
  - ÎNGRIJITOARE: 07,30 – 14,30
- **CABINET OFTALMOLOGIE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
- **CABINET DERMATO – VENEROLOGIE**
  - MEDICI: 08,00 – 19,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
- **RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE**
  - MEDICI: 07,00 – 16,00
  - ASISTENȚI: 07,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00

- **CABINET PSIHIATRIE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
  
- **CABINET INTERNE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
  
- **CABINET CHIRURGIE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
  
- **CABINET OBSTETRICĂ GINECOLOGIE**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
  
- **DISPENSAR T.B.C.**
  - MEDICI: 08,00 – 15,00
  - ASISTENȚI: 08,00 – 16,00
  
- **FARMACIA CU CIRCUIT ÎNCHIS**
  - FARMACIST: 08,00 – 15,00
  - ASISTENTE: 08,00 – 16,00
  - ÎNGRIJITOARE: 08,00 – 16,00
  
- **CPIAAM și STERILIZARE**
  - ASISTENTE: 07,00 – 15,00
  
- ÎNGRIJITOR CURĂȚENIE: 07,00 – 15,00
- TESA: 08,00 – 16,00
- MUNCITORI : 08,00 – 16,00
- SPĂLĂTORIE: 07,00 – 15,00
- BLOC ALIMENTAR: 07,00 – 19,00 tura I

**Art.6.** În situația că se impune, funcție de necesitățile curente ale structurilor din cadrul Spitalului 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.7.** – Timpul de muncă al diferitelor categorii de personal din cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, 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 XI

## MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE

---

### 1. Protecția datelor cu caracter personal

---

#### Sediul materiei:

- REGULAMENT (UE) nr. 679 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) (Text cu relevanță pentru SEE)
- LEGE nr. 190 din 18 iulie 2018 privind măsuri de punere în aplicare a 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)

(1) Regulamentul 2016/679 recunoaște persoanelor vizate o serie de 8 drepturi importante

- Dreptul la informare art. 13 și 14 GDPR.
- Dreptul de acces la date art. 15 GDPR
- Dreptul la ștergerea datelor art. 17 GDPR
- Dreptul la rectificarea datelor art. 16 GDPR:
- Dreptul la restricționarea datelor art. 18 GDPR
- Dreptul la portabilitatea datelor art. 20 GDPR.
- Dreptul la opoziție art. 21 GDPR.
- Dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată

(2) Salariații trebuie să respecte normele și obligațiile impuse de dispozițiile în vigoare, privind protecția datelor cu caracter personal.

(3) Orice prelucrare a datelor cu caracter personal va fi făcută cu respectarea principiilor prelucrării datelor, astfel că datele cu caracter personal:

- ✓ vor fi prelucrate în mod legal, echitabil și transparent (legalitate, echitate și transparență)
- ✓ vor fi colectate în scopuri determinate, explicite și legitime și nu vor fi prelucrate ulterior într-un mod incompatibil cu aceste scopuri; prelucrarea ulterioară în scopuri de arhivare în interes public, în scopuri de cercetare științifică sau istorică ori în scopuri statistice nu este considerată incompatibilă cu scopurile inițiale (limitări legate de scop)
- ✓ vor fi adecvate, relevante și limitate la ceea ce este necesar în raport cu scopurile în care vor fi prelucrate (reducerea la minimum a datelor)
- ✓ vor fi exacte și, în cazul în care este necesar, vor fi actualizate (exactitate)
- ✓ vor fi păstrate pe o perioadă care să nu depășească perioada necesară îndeplinirii scopurilor pentru care au fost colectate (limitări legate de stocare)
- ✓ vor fi prelucrate în condiții de securitate adecvate, inclusiv protecția împotriva prelucrării neautorizate sau ilegale și împotriva pierderii, a distrugerii sau a deteriorării accidentale, prin luarea de măsuri tehnice sau organizatorice corespunzătoare (integritate și confidențialitate).

(4) Datele cu caracter personal vor fi stocate conform dispozițiilor din nomenclatorul arhivistic al fiecărei părți, constituit conform Legii Arhivelor Naționale nr.16/1996 cu modificările și completările ulterioare, dacă prin alte acte normative nu este stabilit un alt termen.

(5) Salariatul are obligația de a păstra confidențialitatea asupra datelor personale pe care le prelucrează pe toată durata contractului individual de muncă și după încetarea acestuia.

(6) Nerespectarea obligațiilor antemenționate precum și a confidențialității asupra datelor și informațiilor cu caracter personal prelucrate, constituie abatere disciplinară gravă ce poate duce inclusiv la desfacerea contractului de muncă.

## **2. Răspunderea patrimonială**

---

(1) Salariații răspund patrimonial, în temeiul normelor și principiilor răspunderii patrimoniale civile, pentru pagubele materiale produse angajatorului din vina și în legătură cu munca lor.

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

(3) 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.

(4) 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.

(5) Salariatul care a încasat de la angajator o sumă nedatorată este obligat să o restituie.

(6) Dacă salariatul a primit bunuri care nu i se cuveneau și care nu mai pot fi restituite în natură sau dacă acestuia i s-au prestat servicii la care nu era îndreptățit, este obligat să suporte contravaloarea lor.

(7) Suma stabilită pentru acoperirea daunelor se reține în rate lunare din drepturile salariale care se cuvin persoanei în cauză din partea angajatorului la care este încadrată în muncă.

(8) Ratele nu pot fi mai mari de o treime din salariul lunar net, fără a putea depăși împreună cu celelalte rețineri pe care le-ar avea cel în cauză, jumătate din salariul respectiv.

(9) În cazul în care contractul individual de muncă încetează înainte ca salariatul să îl fi despăgubit pe angajator și cel în cauză se încadrează la un alt angajator ori devine funcționar public, reținerile din salariu se fac de către noul angajator sau noua instituție ori autoritate publică, după caz.

(10) Dacă persoana în cauză nu s-a încadrat în muncă la un alt angajator, în temeiul unui contract individual de muncă ori ca funcționar public, acoperirea daunei se va face prin urmărirea bunurilor sale, în condițiile Codului de procedură civilă.

(11) În cazul în care acoperirea prejudiciului prin rețineri lunare din salariu nu se poate face într-un termen de maximum 3 ani de la data la care s-a efectuat prima rată de rețineri, angajatorul se poate adresa executorului judecătoresc în condițiile Codului de procedură civilă.

## **3. Fumatul în spital**

---

(1) Fumatul este interzis cu desavarsire in spatiile interioare ale spitalului, conform prevederilor Legii nr. 349/2002, cu modificarile si completarile ulterioare pentru prevenirea si combaterea efectelor consumului produselor de tutun.

(2) Interdictia de a fuma stabilita in baza prevederilor art. 3, alin. 1 din legea 349 din 2002 se aplica tuturor salariatilor / colaboratorilor spitalului dar si tuturor persoanelor care sunt in interiorul spitalului (salariati ai firmelor prestatoare de servicii in relatie contractuala cu clinica, personal aflat în spital pentru diferite motive, pacienti, apartinatori, vizitatori, s.a.).

(3) Nerespectarea interdicției de a fuma în spațiile interioare ale spitalului constituie abatere disciplinară și se sancționează cu avertisment scris.

#### 4. Avertizarea privind fapte de încălcare a legii

---

##### **Art.1. Sediul materiei**

- **LEGE nr. 571 din 14 decembrie 2004 privind protecția personalului din autoritățile publice, instituțiile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii**

**Art.2.** Orice salariat are dreptul să sesizeze de bună credință orice faptă care presupune o încălcare a legii, a deontologiei profesionale, sau a principiilor bunei administrări, eficienței, economicității, transparenței, conform Legii nr. 571/2004, privind protecția personalului care sesizează nereguli și a procedurilor interne.

**Art.3.** În conformitate cu *Legea nr. 571/2004*, personalul din instituțiile publice, care reclamează sau semnalează încălcări ale legii în cadrul unității, făcute de persoane cu funcții de conducere sau execuție, beneficiază de protecție. Semnalarea acestor fapte de încălcare a legii de către salariați, constituie avertizare în interes public, și privește:

- infracțiuni de corupție, infracțiuni asimilate infracțiunii de corupție, infracțiuni în legătură directă cu infracțiunile de corupție, infracțiunile de fals și uz de fals, și infracțiunile de serviciu sau în legătură cu serviciul.
- infracțiuni împotriva intereselor financiare ale Comunității Europene;
- practici sau tratamente preferențiale, ori discriminatorii în exercitarea atribuțiilor;
- încălcarea prevederilor privind incompatibilitatea și conflictele de interese;
- folosirea abuzivă a resurselor materiale sau umane;
- partizanatul politic în exercitarea prerogativelor postului, cu excepția persoanelor alese sau numite politic;
- încălcări ale legii în privința accesului la informații și a transparenței decizionale;
- încălcarea prevederilor legale privind achizițiile publice și fondurile nerambursabile;
- incompetența și neglijența în serviciu;
- evaluări neobiective ale personalului, în procesul de recrutare, selectare, promovare, evaluare, retrogradare sau eliberare din funcție;
- încălcări ale procedurilor administrative, sau stabilirea unor proceduri interne cu nerespectarea legii;
- emiterea de acte administrative sau de altă natură care servesc intereselor de grup sau clientelare;
- administrarea defectuoasă sau frauduloasă a patrimoniului public și privat al autorităților publice, instituțiilor publice și a celorlalte unități prevăzute de lege;

**Art.4.** Sesizarea privind încălcarea legii sau a normelor profesionale și deontologice poate fi făcută alternativ sau cumulativ de:

- seful ierarhic al persoanei care a încălcat legea;
- managerul spitalului;
- comisia de disciplină;
- Consiliul etic;
- organele judiciare;
- organele însărcinate cu constatarea și cercetarea incompatibilităților și a conflictelor de interese;

- mass-media;
- organizatiile profesionale, sindicale sau patronale;
- organizatiile neguvernamentale.

**Art.5.** În situația în care cel reclamat prin avertizare în interes public este seful ierarhic sau persoana cu atribuții de control, Comisia de disciplină sau alt organism similar va asigura protecția avertizorului, protejându-i identitatea .

## 5. Conducerea activităților

**Art.1.** – (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.2.** – (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 directe 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 microstructuri 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 microstructurile 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 microstructuri, 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 microstructurile (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 microstructurile (persoanele) din cadrul Spitalului, investite legal în acest sens și microstructurile (persoanele) care pot fi controlate de către acestea, potrivit actelor normative în vigoare.

## **6. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor**

---

**Art.1.** Accesul în unitate se realizează astfel :

- pe bază de legitimație, pentru personalul propriu
- pentru personalul din afara unității venit în interes de serviciu pe baza CI sau a legitimației de serviciu
- pentru vizitatorii bolnavilor, în cadrul programului de vizită iar în afara programului prevăzut pentru vizitarea acestora, pe baza biletului de liber acces, eliberat de seful de secție.

**Art.2.** - Accesul și circulația în cadrul Spitalului se organizează în conformitate cu prevederile prezentului regulament. Accesul se execută prin punctul de control-acces.

**Art.3.** - Accesul persoanelor și documentele necesare accesului:

(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/microstructurii 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

**Art.4.** - 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 spital în baza delegației de serviciu, după legitimare și obținerea de către personalul de serviciu a aprobării accesului.

(3) Accesul în incinta obiectivului al 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.

(5) 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 din interuiorul spitalului 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.5. - 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 la punctul de control acces, documentele care însoțesc materialele ce urmează a fi scoase. În cazul în care se constată neconcordanță între materialele existente asupra delegațiilor și documentele de însoțire a materialelor, personalul aflat în serviciu la punctul de control acces este obligat să raporteze șefului și să permită scoaterea materialelor numai cu aprobarea persoanelor cărora le-a raportat situația creată.

**Art.6. -** Personalul din cadrul Spitalului are obligația să prezinte, de fiecare dată, atât la intrarea cât și la ieșirea din incinta obiectivului, documentele de acces și să se supună controlului celor care răspund de securitatea obiectivului. La cererea personalului de serviciu la punctul de control acces, se prezintă și alte documente care să ateste identitatea persoanei.

**Art.7. –** Accesul persoanelor din afara spitalului în zonele cu acces limitat/interzis sau administrative este permis numai dacă acestea sunt însoțite de personal anume desemnat de managerul Spitalului.

## **7. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnic**

---

**Art.1. –** 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, farmaciști, asistente, îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, bucătărese, spălătorese, 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.2. –** (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 secție medicală** 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) De asemenea, **în cadrul blocului alimentar există un „Registru de triaj epidemiologic al personalului”**, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către personalul C.P.I.A.A.M în zilele lucrătoare și de medicul din linia de gardă a serviciului de urgență al spitalului pentru turele care execută serviciu în afara programului C.P.I.A.A.M. sau în zilele libere și de sărbători legale.

(4) 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/coordonatorul de secție/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 secție/medicul de gardă către C.P.I.A.A.M.

(5) 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.

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

(7) 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.).

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

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

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

## 8. Apărarea împotriva incendiilor

---

**Art.1.** – 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 intervenție*”, aprobat de managerul spitalului.

**Art.2.** – (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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil prin decizie internă.

(3) Întreg personalul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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. 1 și a precizărilor managerului consemnate în decizie internă.

(5) În Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil, 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/apartenenți;

f) practicanți;

h) vizitatori;

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

j) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale.

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

---

**Art.1.** –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 redisolării 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) Eliminarea/tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:

○ producerea de accidente

○ producerea de pagube materiale;

○ blocarea căilor de evacuare;

○ afectarea / blocarea actului medical;

○ afectarea stării de sănătate a pacienților.

**Art.2.** –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/apartenenților 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: târghi, cărucioare, paturi cu roțile.
- 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.3.** – Obligațiile generale specifice pacienților/persoanelor internate, însoțitorilor/apartenenților 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.4.** –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/seemnele/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.5.** - 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, a celor de pe coridoare, a celor cu dispozitive de închidere automată 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.6.** - 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.7.** – 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.8.** – 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) 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, neblockate, va da semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.

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

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

l) 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.

m) 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.

n) 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,

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

p) 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).

q) 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.

r) 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, pe cât posibil, în centrul curților interioare.

s) 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 secției 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.

t) 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 profesioniste pentru situații de urgență chemați pentru intervenție prin apel la numărul unic 112.

**Art.9. – 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 apela imediat la numărul unic 112 și va anunța incidentul.

b) Se va acționa sistemul de alarmare în caz de incendiu din dotarea Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil de către persoana stabilită în acest sens, conform deciziilor. În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, utilizând megafoane sau alte mijloace (ex.:

Alarmă, Incendiu, Evacuarea!) și sistemul de comunicații aflat la dispoziția personalului de serviciu din structurile în care izbucnește incendiul.

c) 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”).

d) 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.

e) Pacienții stabili din punct de vedere fizic, precum și cei din ambulatoriu, 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.

f) 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.

g) Se vor închide toate ferestrele încăperilor de către personalul medical aflat în interiorul acestora.

h) 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/zonile unde acesta se manifestă.

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

j) Responsabilii din cadrul echipelor de evacuare/salvare de pe fiecare nivel sau zonă delimitată din cadrul construcțiilor anunță situația evacuării 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) 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.

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

m) 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).

n) 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;
- 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 aparatului medical;

○ 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.10.** – 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 secție (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 sunt în centrul curților interioare, după caz (acestea 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 curtea interioară a spitalului.

h) 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 rotile;

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

**Art.11.** (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 evacuare în situații de urgență*, 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.12.** (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 amplasare, 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.13.** -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:

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
100% conform planificării;	a) Numărul de instruirii/ 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;
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;

100% conform planificării;	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;
minim 1 exercițiu anual;	d) În ultimul an calendaristic încheiat să se planifice și să se execute minim un exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U.;
100%, în limita bugetului alocat.	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.
Permanent, în toate structurile medicale cu paturi;	f) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, repartiția pacienților relocați în saloane respectă permanent codificarea privind mobilitatea acestora;
Permanent, în toate structurile medicale cu paturi;	g) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, sunt disponibile permanent suficiente târgi, cărucioare, paturi cu roțile pentru evacuarea pacienților;
Conform prevederilor Planului alb;	h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedepasabili din saloanele marcate cu codul roșu, prin aplicarea prevederilor Planului Alb;
Permanent, în toate structurile medicale cu paturi;	i) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, s-a avut în vedere ca paturile din saloanele cu pacienți nedepasabili să fie mobile putând fi evacuate

## **10. 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.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- erori de diagnostic și tratament;
- erori de adresabilitate: când, cui, cum se solicită consultul;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** - 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 acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale, situație în care pacientul va achita la casieria spitalului 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, medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia situație în care pacientul va achita la casieria 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 secție/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 de secție/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/coordonatorul secției/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/coordonatorului de secție/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, dar fără a avea obligația de asigurare a transportului.

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/protocoalelor de colaborare încheiate de către Spitalului 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 opinii medicale” de către medici încadrați în cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil 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 opinii medicale” de către medici acreditați încadrați în cadrul altor unități sanitare decât Spitalul nostru, 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, 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, (dacă au fost astfel de cereri).

**Art.3.** - 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:

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
Sunt onorate în procent de 100% toate cererile	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.
Sunt onorate în procent de 100% toate cererile	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.
Minim o convenție/contracte/protocol de colaborare	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”.
100%	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

## **11. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal**

**Art.1.** – 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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil.

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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o apariția unui conflict medic - pacient / aparținători;
- o reclamații ale pacienților / aparținătorilor;
- o acționarea în instanță.

**Art.2.** –Etapile 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 faca 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 sau a situațiilor de urgență medico-chirurgicală. 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 respectivele 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 solicitarea de 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 irevențios.

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 menționată, 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.3.** Referitor la actele ostile ale asiguraților față de personalul medical există în Legea 95/2006 un capitol ce prevede diverse sancțiuni (Titlul XV, Art.652): TITLUL XV. Infracțiuni . Art. 652

(1) Astfel, amenințarea săvârșită nemijlocit ori prin mijloace de comunicare directă contra unui medic, asistent medical, șofer de autosanitară, ambulanțier sau oricărui alt fel de personal din sistemul sanitar, aflat în exercițiul funcțiunii ori pentru fapte îndeplinite în exercițiul funcțiunii, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă.

(2) Lovirea sau orice acte de violență săvârșite împotriva unui medic, asistent medical, șofer de autosanitară, ambulanțier sau oricărui alt fel de personal din sistemul sanitar aflate în exercițiul funcțiunii ori pentru fapte îndeplinite în exercițiul funcțiunii, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.

(3) Vătămarea corporală săvârșită împotriva unui medic, asistent medical, șofer de autosanitară, ambulanțier sau oricărui alt fel de personal din sistemul sanitar, aflate în exercițiul funcțiunii ori pentru fapte îndeplinite în exercițiul funcțiunii, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 6 ani.

(4) Vătămarea corporală gravă săvârșită împotriva unui medic, asistent medical, șofer de autosanitară, ambulanțier sau oricărui alt fel de personal din sistemul sanitar aflate în exercițiul funcțiunii ori pentru fapte îndeplinite în exercițiul funcțiunii, se pedepsește cu închisoare de la 3 la 12 ani.

(5) Din punct de vedere legal, comportamentul inadecvat în raport cu personalul medico-sanitar se poate solda nu numai cu întreruperea acordării de servicii medicale de către personalul vizat dar, în anumite situații chiar cu sancțiuni ce pot varia între aplicarea unei amenzi și privarea de libertate pe diferite perioade, în funcție de gravitatea faptelor. Pe de altă parte, relația medic-pacient n-ar trebui să fie una conflictuală ci una de colaborare, înțelegere și respect reciproc, numai aceasta asigurând cele mai bune șanse de obținere a rezultatelor.

#### **Art.4. Neînceperea manevrelor de resuscitare**

Este o decizie complexa din punct de vedere emotional atât pentru familia pacientului cât și pentru personalul medical, care se ia când scopurile terapeutice nu pot fi atinse.

În România există un vid legislativ în ceea ce privește decizia de neîncercare a resuscitării și de întrerupere a procedurilor ce susțin viața. În legătură cu legislația actuală, lăsarea fără ajutor se definește ca și infracțiune în Codul penal. Astfel, omisiunea de a acorda ajutorul necesar sau de a înștiința autoritatea care poate acorda acest ajutor unei persoane a cărei viață este în pericol și care este lipsită de posibilitatea de a se salva, se poate pedepsi cu închisoare.

Legea privind drepturile pacienților, însă, oferă posibilitatea notării de instrucțiuni în avans; astfel **pacientul, corect informat asupra consecințelor dorințelor sale, poate solicita, cu acordul familiei sale, neînceperea resuscitării.**

Obținerea acestui acord scris în unitățile spitalicești ce îngrijesc pacienți cu *boli cronice aflate în faze terminale* poate oferi și pacientului posibilitatea de a se stinge cu demnitate, iar personalului medical confortul psihologic că pacientul și-a înțeles și acceptat boala și că oprirea cardiacă în acest caz este un eveniment firesc în existența omului și nu un eșec profesional.

#### **Art.5. Criterii pentru neînceperea RCP**

Este recomandat ca *toti pacienții aflați în stop cardiorespirator sa beneficieze de RCP*, cu excepția situațiilor în care:

- *Pacientul si-a exprimat în scris dorinta de neîncepere a RCP;*
- *sunt instalate semnele de moarte ireversibila: rigor mortis, decapitare sau aparitia lividitatilor cadaverice;*

În spital, decizia de întrerupere a resuscitării revine medicului curant. El trebuie sa ia în considerare dorintele pacientului, contextul de aparitie a stopului și factorii cu valoare prognostica.

Luarea deciziilor începe cu recomandarea pe care medicul o face pacientului. Pacientul are dreptul sa aleaga dintre optiuni medicale apropiate pe baza conceptelor lor despre beneficii, riscuri și limitari ale interventiilor propuse. Aceasta nu implica dreptul de a cere acordarea de îngrijiri care depasesc standardele acceptate sau contravin principiilor etice ale medicilor. În asemenea cazuri se poate decide transferul pacientului catre alt specialist.

**Art.6.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
100% în toate cazurile în care s-a impus;	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;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
100% în toate cazurile în care s-a impus;	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.

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

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

**Art.2.** – (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;
- Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene;
- Manevra Heimlich;

b) Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:

- Defibrilare;
- Cardioversie de urgență;
- Pacing extern;

c) Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:

- Decompresia pneumotoraxului sufocant;
- Pericardiocenteza;
- Toracotomie de urgență;
- 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:

- Naloxone;
- Glucoza 33%;
- Dopamină;
- Atropină;
- Adenozin;
- 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, SaO<sub>2</sub><90%, modificări acute ale statusului mental, inconștient<sup>3</sup>.

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

- a) stopul cardiorespirator;
- b) insuficiență respiratorie severă; – SpO<sub>2</sub><90%;
- c) pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
- d) pacienții cu supradozaj medicamentos și FR≤6 resp./min.;

(5) Nu se consideră intervenții salvatoare de viață următoarele:

- e) Administrarea de oxigen:
  - pe mască facială
  - pe canulă nazală;
- a) Monitorizarea cardiacă;
- b) Următoarele teste diagnostice:
  - electrocardiograma;
  - testele de laborator;
  - 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.3.** – (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

---

<sup>3</sup> 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.

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 Spital sau, în lipsa acestuia, va direcționa pacientul către o unitate spitalicească de o categorie superioară și care îi poate acorda respectivului 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.4.** 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
100% în toate cazurile în care s-a impus;	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;
100% în toate cazurile în care s-a impus;	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;

### **13. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora**

**Art.1.** – 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/apartinătorului;
- b) Asigură continuitatea activităților de asistență medicală desfășurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului medical;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului;
  - o acuzații de malpraxis a personalului medical
  - o deficit de imagine a spitalului
  - o acționare în instanță.

**Art.2.** – 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 discernământ<sup>4</sup> sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal<sup>5</sup>, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată<sup>6</sup>, 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) În cazul în care medicul curant consideră că intervenția este în interesul pacientului reprezentat, iar reprezentantul legal al acestuia refuză să își dea consimțământul (prin completarea câmpului dedicat acestei situații din formularul “*Acordul Pacientului Informat*”), decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate, aceasta constituindu-se la propunerea medicului curant.

d) Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spital și din 2 medici pentru pacienții din ambulator. În mod obligatoriu din comisie face parte medicul curant, ceilalți membri ai comisiei vor fi medici din cadrul spitalului.

<sup>4</sup> Capacitatea psihică a unei persoane de a-și da seama de caracterul și urmările faptei pe care o savarsește și de a-și manifesta conștient voința;

<sup>5</sup> Părinte, tutore sau curator;

<sup>6</sup> 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;

e) Comisia va efectua un raport scris, care va conține descrierea circumstanțelor care au determinat constituirea comisiei, prezentarea deciziei argumentate a acesteia și a actului medical efectuat precum și semnăturile celor 2 sau 3 medici, după caz.

**Art.3.** - (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-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.4.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
100% în toate cazurile în care s-a impus;	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 și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare, 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;
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, și nu s-a putut solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare.
100% în toate cazurile în care s-a impus;	c) Numărul de rapoarte ale Comisiilor de arbitraj constituite în raport cu numărul de situații în care acestea s-au constituit în ultimul an calendaristic încheiat are valoarea egală cu 1.

## 14. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- dispariția bunurilor personale ale pacientului;
  - apariția unor conflicte.

**Art.2.** - Etapele procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În incinta și perimetrul spitalului și în fiecare dintre locațiile spitalului, este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate de către personalul din serviciul de pază.

b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului, acesta are posibilitatea de preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. **Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este prevăzut în prezentul Regulament.**

c) La nivelul secțiilor medicale sunt avute în vedere următoarele măsuri:

- i. în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/secțiilor 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 ia măsuri de instalare a butoanelor de panică precum și încheierea unui protocol de colaborare cu Poliția Locală.

d) Împotriva oricărui 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 Poliției.

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

g) **Se interzice cu desăvârșire accesul reprezentanților mass-media în A.T.I.**

h) 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.

i) Nerespectarea de către purtătorul de cuvânt și de către oricare alt angajat al Spitalului a confidențialității datelor despre pacient, atrage sancționarea disciplinară a acestuia, contravențională, penală, conform prevederilor legale.

**Art.3.** - Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului 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.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
--	---

/ eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	a) Numărul de reclamații ale 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;
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	b) Numărul de reclamații ale 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
100% în toate cazurile în care s-a impus;	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;
100% în toate cazurile în care s-a impus;	e) Numărul de situații în care serviciul 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;

## **15. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale**

**Art.1.** – (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 pentru medicii din cadrul liniilor de gardă continue și celor 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 pentru medicii din liniile de gardă, precum și a serviciilor de tură, 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- lipsă acută de personal medico-sanitar;
- dimensionarea greșită a structurilor;
- disfuncții în asigurarea asistenței medicale;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** –Etapel 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 permanente și a liniilor de gardă la domiciliu:

i. Liniile de gardă permanente și liniile de gardă la domiciliu care funcționează în cadrul spitalului sunt aprobate în urma hotărârilor Consiliului Local Mizil

ii. În baza aprobării primite, prin aplicarea prevederilor legale incidente în speță, se constituie respectivele linii de gardă formate din medicii încadrați în spital (în funcție de specialitate)

- precum și medici încadrați în afara spitalului, care sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății în specialitatea stabilită pentru linia de gardă și care își desfășoară activitatea în unități sanitare în care nu sunt organizate linii de gardă în aceeași specialitate;
- iii. Includerea acestor medici în echipa de gardă a spitalului se face cu avizul șefului de secție/coordonatorul comp./secție și cu aprobarea managerului spitalului
  - iv. Personalul care execută serviciul în liniile de gardă din spital își desfășoară activitatea în baza contractului individual de muncă cu timp parțial/gărzi și conform graficului de gărzi întocmit
  - v. Medicii din compartimentele cu paturi, care sunt incluși în linia de gardă, în cadrul timpului de muncă de 7 ore în medie pe zi vor executa activitate curentă de 7 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare și 17 ore de gardă lunar (obligație de gardă);
  - vi. Orele de gardă se efectuează în afara programului de la norma de bază și se desfășoară în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial;
  - vii. Graficele cu planificarea serviciilor din liniile de gardă se întocmesc lunar de către directorul medical, la propunerea șefilor de secții și se aprobă de către manager până în ultima zi a lunii în curs pentru luna următoare după verificarea acestora cu atenție de către structura de resurse umane;
  - viii. După aprobarea respectivelor grafice de către manager, aducerea acestora la cunoștință tuturor medicilor din linia de gardă se face pe bază de semnătură;
  - ix. Schimbarea serviciilor după aprobarea graficului de gardă de către manager, se poate face numai în situații cu totul deosebite prin raport al medicului care dorește schimbarea unui serviciu, cu avizul medicului șef/coordonator de secție/comp. și aprobarea manager și înștiințarea structurii de resurse umane;
  - x. Orele de gardă prestate și chemările de la domiciliu se consemnează în mod obligatoriu în condica de prezență pentru activitatea de gardă;
  - xi. Efectuarea a două gărzi consecutive de către același medic este interzisă;
  - xii. **Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă;**
  - xiii. După activitatea continuă aferentă activității curente și activității într-o linie de gardă, medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore. Prevederea se aplică și pentru activitatea prestată într-o linie de gardă într-o zi de duminică sau de sărbătoare legală care este urmată de o zi normală de lucru. În situația în care se acordă ziua liberă prevăzută anterior, completarea orelor care fac parte din norma de bază, de la 6 sau 7 ore zilnic, se poate face prin prelungirea activității curente aferente altor zile din cursul lunii, având în vedere specialitatea, adresabilitatea și modul concret de organizare a activității.
  - xiv. **Refuzul medicilor de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secțiilor și a compartimentelor și aprobate de managerul spitalului constituie abatere disciplinară.**
    - c) Organizarea serviciului în ture:
      - i. Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de către șeful/coordonator de compartiment/secție, 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:
        - o numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale;
        - o rotația pe ture a personalului;
        - o intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.
          - iii. În 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 (A.T.I.) - 1 asistent medical la 4 paturi / tură;
- personal auxiliar - 1 infirmieră la 20-25 paturi /tură;
- iv. Până în ultima zi a lunii se va desfășura activitatea de întocmire a graficelor de lucru, verificarea acestora de către structura de resurse umane, aprobarea lor de către directorul medical / manager și depunerea acestora la structura de resurse umane;
- v. Modificarea graficelor de lucru se va face doar la propunerea șefului/coordonator secției/comp. cu aprobarea managerului spitalului prin raport scris, cu minimum 5 zile înainte de data pentru care se solicită schimbarea;
- vi. Până pe data de 01 a lunii pentru luna anterioară se vor întocmi foile colective de prezență de către toți șefii locurilor de muncă, verificarea acestora de către structura de resurse umane. Aprobarea foilor de prezenta pentru personalul medico-sanitar se face de catre Directorul medical, iar pentru restul structurilor de catre Director Financiar Contabil după care se vor preda la structura RUNOS în vederea calculului drepturilor salariale.

d) În situația că 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.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
permanent	a) Permanent s-a realizat repartizarea echitabilă a serviciilor în cursul unui an astfel încât toți medicii care execută serviciu de gardă să efectueze același număr de servicii și pe cât posibil acestea să fie repartizate în mod egal în cursul unei săptămâni;
Permanent	b) 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;
permanent	c) Permanent s-a realizat repartizarea echitabilă a turelor cu respectarea numărului de ture din fiecare structură medicală, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

## **16. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul**

**Art.1.** –Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții are ca principale scopuri:

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

c) 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;

d)Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- comunicarea cu pacientul de către persoane care nu au competență;
- comunicarea către pacient a unor informații inexacte privind starea sa de sănătate;

- neînțelegerea de către pacient a datelor comunicate;
- conduită inadecvată a pacientului (nerespectarea recomandărilor).

**Art.2.** –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.

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;
- 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/apartinătorii 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 în altă secție;
      - 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 permit exprimarea lucidă a voinței, aparținătorii sau apropiații 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/moașa, 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;

- o 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 structuri medicale stabilește persoana/persoanele care transmit telefonic informațiile către aparținători, în acest sens fiecare structură medicală având telefon utilizabil pentru comunicarea aparținători-pacienți. În acest sens, persoanele desemnate să transmită informații către aparținători sunt: medicul curant, medicul de gardă, asistenta de serviciu (în limita competenței sale).
- vi. În cazuri excepționale, în care vizitarea pacienților nu este permisă (situații epidemiologice speciale determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt: COVID, 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 prezentându-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, existent la nivelul fiecărei structuri medicale
- 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.3.** - În mod obligatoriu, la nivelul Spitalului, comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului

**Art.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI

valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul angajaților spitalului;	b) Numărul de aprecieri de serviciu /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;

## 17. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu

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

- a) Asigurarea de către spital pentru fiecare structură 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) Eliminarea / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o prestarea de servicii medicale precum și a unor servicii de suport medical de către personal care nu are competențe;
  - o blocarea activității medicale;
  - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** – (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 structurii de resurse umane în următoarele situații:
  - o la depunerea dosarului de candidat în vederea participării la un concurs / examen – comisia examen/concurs cu sprijinul secretarului (din cadrul structurii resurse umane)
  - o la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului/examenului de încadrare – structura de resurse umane
  - o la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obținerii / dobândirii unor noi competențe.
- b) În mod obligatoriu la dosarul de concurs, candidații vor depune copiile documentelor de studii conforme cu originalul care să conțină semnătura angajatului care le-a primit și verificat cu originalul sau copii legalizate de un notar acreditat;
- c) 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, farmacist, serviciul RUNOS solicită următoarele documente (în termen de valabilitate):
  - o cererea în care se menționează postul pentru care persoana interesată dorește să concureze sau să se angajeze, după caz;

- o diploma de licență și certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- o 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;
- o 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;
- o 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;
- o cazierul judiciar, în original;
- o certificat medical din care să rezulte ca este apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidează sau dorește să se angajeze, în original;
- o actul de identitate în termen de valabilitate, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului.

d) 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 si functionarea Sistemului National de Date Genetice Judiciare*, la dosarul de concurs se va depune și certificatul de integritate comportamentală, eliberat de structurile de cazier judiciar.

e) Pentru medici, farmaciști și asistenți medicali, personalul structurii de resurse umane vor 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;

(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.

(3) De asemenea, după caz, în situația în care se constată că unul sau mai mulți dintre medici, farmaciști și asistenți medicali, în mod repetat nu desfășoară activitate de asistență medicală la un nivel calitativ adecvat, personalul structurii 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

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Permanent, în toate situațiile	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;

Permanent, în toate situațiile	b) Numărul de monitorizări realizate de către personalul din serviciul resurse umane a studiilor / competențelor personalului prin verificarea medicilor/farmacisti 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;
100%, cu respectarea prevederilor legale în vigoare	c) Permenent, 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.

## 18. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

**Art.1.** –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 sectoarelor 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- Menținerea unor neconformități care afectează procese / activități curente care se derulează în cadrul spitalului;
- Neluarea unor măsuri pertinente și imediate de eliminare/diminuare a neconformităților constatate;
- Neconformarea la standardele și cerințele A.N.M.C.S.

**Art.2.** –Etapile 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 C.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, 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 C.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 –personalul C.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”.

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 C.M.C.S.S. desfășoară în perioadele aprobate prin aceasta activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.

f) În termen de 10 zile lucrătoare de la 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 C.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 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 Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților” 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 termenele precizate de A.N.M.C.S. în aplicația CaPeSaRo, personalul S.M.C.S.S. colectează și transmite A.N.M.C.S. următorii indicatorii 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. Secții/compartimente de sine stătătoare;
- v. Ambulatoriu.

ii. **set de indicatori de monitorizare anuală** a unităților sanitare:

- i. Registrul riscurilor;
- ii. Lista proceduri;
- iii. Lista protocoale;
- iv. S.M.C.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI

100%	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
Minim una pentru fiecare neconformitate constatată în situația indicatorilor neîndepliniți	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.
100%, în limita BVC alocat	c) Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în "Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului" este 100% (în limita BVC alocat).
minim 51%	d) Gradul de conformare la cerințele/indicatorii aferenți fiecărei liste de verificare supusă procesului de autoevaluare într-un an calendaristic, este de minim 51%.

## **19. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate**

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o menținerea în vigoare/aplicarea unor proceduri documentate/protocoale medicale neconforme (fără a fi analizate periodic în vederea identificării unor eventuale neconformități datorate modificării unor prevederi normative, resurselor disponibile, responsabilităților etc., care au fost avute în vedere la redactarea acestora).

**Art.2.** – (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 reaprobă<sup>7</sup>.

<sup>7</sup>ATENȚIE! Nu este obligatoriu ca toate evenimentele adverse/ indezirabile înregistrate la nivelul spitalului să facă obiectul unei misiuni de audit clinic.

e) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului în condițiile stipulate la pct. „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 șefilor secțiilor medicale / serviciului de urgență al spitalului / Ambulatoriu integrat:
  - 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 C.M.C.S.S.:
  - 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.3.** - 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 Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
100% pentru toate misiunile organizate	a) Toate misiunile de audit clinic planificate în ultimul an calendaristic încheiat îndeplinesc următoarele deziderate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevanță – urmăresc problematica identificată în raport cu practica curentă de la nivelul spitalului (analize și rapoarte, sesizări, evenimente adverse din spital);</li> <li>• Transparență – participarea întregului personal implicat și comunicarea rezultatelor (este cunoscut de către personal, informațiile sunt accesibile);</li> <li>• Fără caracter acuzator– identifică zonele unde sunt necesare intervenții și emit recomandări privind modalitatea de îmbunătățire (intervenții și re-evaluări).</li> </ul>
100% în toate situațiile	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;
100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate	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;
100%, în măsura în care pe parcursul perioadei de referință nu au existat situații excepționale care să nu permită organizarea misiunilor de audit	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;
minim 1/misiune de audit	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

## 20. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern

**Art.1.** – (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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o solicitarea nejustificată de misiuni de audit clinic extern;
  - o apariția unor conflicte de interese.

**Art.2.** –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/procesele 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:

- i. Structurile medicale auditate;
- ii. Temele auditului clinic intern;

- iii. Componenta echipelor de audit clinic (în componenta 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;
- iv. Luna în care se va iniția misiunea de audit clinic.
  - b) 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:
    - i. Existența unor reclamații pentru a căror rezolvare se consideră oportună nominalizarea unei echipe de audit clinic extern;
    - ii. Constatarea unor neconformități;
    - iii. Modificări organizatorice importante;
    - iv. Deficiențe majore în derularea unui proces;
    - v. Se constată ineficacitatea acțiunilor corective întreprinse în urma efectuării unui audit clinic intern programat;
    - vi. Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
    - vii. Producerea de evenimente adverse / indezirabile;
    - viii. 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.
  - c) 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:
    - i. Atunci când există dubii în ceea ce privește rezultatele auditului clinic intern propriu;
    - ii. Atunci când este necesară auditarea unor activități/procese puse în execuție de către șefii/coordonatorii structurilor medicale;
    - iii. În oricare alte situații care pot presupune un potențial conflict de interese;
    - iv. În situația producerii unor evenimente indezirabile, funcție de situația concretă;
    - v. În situația în care spitalul nu are personal instruit în cadrul programului de formare în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, specializarea "Audit clinic";
    - vi. În situația în care se dorește auditarea unor activități/procese iar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialiști necesari.
  - d) În raport cu situația concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern și tema propusă spre auditare, prin grija structurii de achiziții 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 studii necesare, următoarele criterii:
    - i. asigurarea independenței auditorilor;
    - ii. evitarea conflictului de interese;
    - iii. abilitatea auditorilor de a interacționa eficient.
  - e) 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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile, dacă se impune	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;
în toate situațiile, dacă se impune	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;
100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate	c) 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;
100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate	d) 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;
100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate	e) 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;

## 21. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o accesul neautorizat al mass-media la pacienți internați în cadrul Spitalului, în condițiile inexistenței unei aprobări în acest sens a conducerii spitalului cât și obținerii anterioare a acordului pacientului;
  - o reclamații ale pacienților în legătură cu accesul neautorizat la aceștia al mass-media.

**Art.2.** –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 prin decizie, 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) Spitalului prin R.R.M.M. are obligația să comunice din oficiu pe pagina proprie de web: <http://spitalmizil.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 2 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. 1 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 unitatii 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 interviuați/i.

j) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la punctul de control-acces de la intrarea spitalului. Personalul de serviciu (agentul de pază) 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. Paznicul (agentul de pază) 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.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile de aplicare a reglementării	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 ziariști care doresc să realizeze interviuri în cadrul spitalului;
în toate situațiile de aplicare a reglementării	b) În toate situațiile de aplicare a reglementării, sunt întocmite acorduri scrise ale pacienților internați în spital privind interviuarea de către ziariști acreditați de către spital.

## 22. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o transmiterea unor date eronate;
  - o transmiterea unor date care nu trebuie făcute publice.

**Art.2.** – (1) Relațiile cu mass-media a personalului spitalului, sunt admise cu respectarea strictă a regulilor stabilite în **Anexa nr. 2 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, fără a se solicita alte aprobări.

(3) Persoana responsabilă se consultă, în ceea ce privește oportunitatea acordării de interviuri și/sau declarații de presă, cu structurile de informare și relații publice de la autoritatea tutelară.

**Art.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Nu sunt permise	a) Numărul de informații eronate/incomplete furnizate versus numărul total de informații furnizate către mass-media în ultimul an calendaristic are valoare egală cu 0.
maxim 1% din personalul angajat	b) Numărul de persoane angajate în spital care și-au depășit competența în raport cu numărul de persoane angajate în spital care au intrat în contact cu mass-media în ultimul an calendaristic încheiat, este de maxim 1%.
în toate situațiile de aplicare a reglementării	c) Raportul dintre numărul de intervenții la forul tutelar din numărul total de situații apărute în relația cu mass-media în ultimul an calendaristic încheiat are valoare egală cu 1.

### **23. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic**

**Art.1.** –Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc ”Sfânta Filofteia” MiziI”* 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 Orășenesc ”Sfânta Filofteia” MiziI”*.

b) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea/ ameliorarea neconformităților constatate care să conțină propuneri punctuale pentru îndeplinirea în volum complet, corect și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin *Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc ”Sfânta Filofteia” MiziI”*.

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- Identificarea cu întârziere a unor neconformități care pun în pericol atingerea obiectivelor strategice asumate prin *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil"*;
- Neexecutarea / întârzierea activităților prevăzute în *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil"*;
- Luarea unor măsuri care nu se fundamentează pe o analiză succintă a realității, context în care există riscul ca acestea să nu-și atingă scopul sau, din contră, să dăuneze atingerii obiectivelor propuse.

**Art.2.** –Etapale modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil"* presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Potrivit prevederilor *"Regulamentului de organizare și funcționare a C.M.C.S.S."* personalul încadrat în cadrul C.M.C.S.S. se constituie ca membrii ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, alături de alte categorii de personal nominalizate prin decizie.

b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil"*, 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 Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil"*. Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil"*, 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 Spitalului" este de minim 80%.
- ii. Se face dovada că fundamentarea obiectivelor "Planului strategic de dezvoltare 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, 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 prin anexa la contractul de management al managerului spitalului;
- 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 publice”;
- 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 secție/compartiment;
- xiii. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale este de minim 80% în raport cu numărul de cabine WC, pe secție/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 (serviciul de urgență al spitalului, secții medicale, structuri paraclinice, Ambulatoriu integrat, Farmacie, 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 Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil", în anul în curs (inclusiv a celor care nu au fost realizate pe parcursul anului precedent)"*

**Art.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Se respectă termenul	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 "Planul strategic de dezvoltare al Spitalului";
În toate analizele efectuate se utilizează un set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate	b) Utilizarea în cadrul analizei anuală 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;
100%, în limita BVC alocat, cu condiția în care pe parcursul perioadei de referință nu au existat situații excepționale care să nu permită realizarea obiectivelor strategice	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;
Toate propunerile sunt formulate ținând cont de resursele (umane, materiale, financiare și de timp) la dispoziție	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.

## 24. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o neasigurarea tuturor canalelor de comunicare necesare cu unitățile sanitare și administrative care să răspundă nevoilor proprii ale spitalului;
  - o reprezentarea necorespunzătoare a spitalului în relațiile cu alte instituții.

**Art.2.** – (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 luată în ședința acestuia ”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 dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești;

l) Colaborarea cu instituții de învățământ superior medical, respectiv 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 afișarea aviziere, personalul medico-sanitar utilizând aceste informații, după caz.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
minim 1 / situație	a) Numărul de parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic este în raport direct cu fiecare dintre situațiile menționate în ”Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital” (minim 1 contract / situație din listă).
minim 1 / situație	b) 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.

## 25. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

**Art.1.** (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.

e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului;
- o scăderea adresabilității;
- o prejudicii de imagine.

(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.2.** (1) –Etapela procesului de comunicare cu asociații ale pacienților presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Postarea pe site-ul spitalului 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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile în care sunt solicitări	Raportul dintre numărul de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților raportat la numărul de cereri scrise ale pacienților în ultimul an calendaristic, are valoare egală cu 1;
minim 1 / situație	Raportul dintre numărul de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților în raport cu datele statistice relevante care au determinat încheierea acestora, are valoare egală cu 1;
permanent	Permanent se asigură respectarea în integralitate a prevederilor normative incidente în vigoare constituirii Consiliului etic al Spitalului.

## 26. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz

**Art.1.** –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 ale personalului relaționate cu stresul și evenimentele traumatice.
- f) Elimină/ tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o scăderea calității vieții personalului;
  - o apariția/menținerea unor potențiale efecte ale manifestărilor psihocomportamentale relaționate cu stresul și evenimentele traumatice;
  - o scăderea moralului la nivel individual și organizațional;
  - o existența și/ sau persistența unor complicații ale reacțiilor la stres operațional, a manifestărilor psihocomportamentale disfuncționale/ dezadaptative și evoluția unor tulburări psihice.

**Art.2.** – (1) În cadrul Spitalului activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

(2) Pentru personalul Spitalului exercitarea actului psihologic se face de către psihologii cu drept de liberă practică.

**Art.3.** – (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, cu care sunt încheiate protocoale de colaborare, 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 (medici rezidenți, studenți voluntari, personal detașat din alte unități medicale, voluntari etc);

(4) Evaluarea psihologică periodică se efectuează, de regulă, la intervale de trei ani 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.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), evaluarea psihologică a personalului prevăzut în contractul de colaborare, se efectuează anual, în situația personalului încadrat pe funcții și în structuri sensibile, precum și în situații care induc burn-out).

(6) Evaluarea psihologică periodică 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.

(7) 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.4.** - (1) Activitatea psihologilor cu care Spitalul are încheiate contracte de colaborare se desfășoară în cabinetul psihologic, sala de examinare colectivă a spitalului sau în cabinetul particular al psihologului aflat în contract.

(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. 3 la prezentul Regulament** sau cel utilizat în cadrul cabinetului de psihologie terț cu care spitalul are contracte de colaborare;
- 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/ managerul 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 păstrat la nivelul cabinetului psihologic. Acesta cuprinde: numele și prenumele persoanei evaluate, 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:

- a) la solicitarea scrisă a angajatului;
- b) la solicitarea scrisă a șefului direct, avizată de către manager;
- c) la solicitarea scrisă a medicului de medicina muncii;
- d) la solicitarea managerului.

**Art.5.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
permanent	a) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile se respectă prevederile normative incidente și etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcție de particularitățile cazului;
în toate situațiile în care se impune	b) Numărul de evaluări și/sau intervenții psihologice și înregistrate în registrele de consultații în ultimul an calendaristic încheiat, este în raport direct cu numărul de solicitări emise în acest sens;

## **27. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare**

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o accesul necontrolat la datele pacienților;
  - o utilizarea datelor în alte scopuri.

**Art.2.** – (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 secretariat 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 secretariatul 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 care, în rezoluție, va desemna în sarcina șefului AAT precum și a directorului financiar-contabil punerea la dispoziția solicitantului a unităților arhivistice solicitate.

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 **Anexa nr. 4 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, arhivarul 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 de consultare a dosarelor”.
- 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.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
100%, cu respectarea prevederilor legale în vigoare	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;
100%, 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;

100%, 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;
100%, cu respectarea prevederilor legale în vigoare	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;
100%, conform planificării	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;

## 28. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o erori apărute în procesul de îngrijire, cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
  - o nemulțumiri ale pacienților cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
  - o nemulțumiri ale personalului medical/auxiliar referitoare la comunicarea în cadrul echipei medicale.

**Art.2.** –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 echipei medicale din cadrul Spitalului trebuie să fie conștienți de faptul că procesul de comunicare reprezintă un aspect major al practicii medicale în domeniul 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 membrii 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 cadrul Spitalului, 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 Comportament 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 – (ex. Receptorul ascultă indicația sau rezultatul complet;)
- SCRIERE – (ex. Receptorul POATE scrie informația într-un format propriu, pe care are posibilitatea de a-l recunoaște ușor (ex.: „FOCG, registre de predare -primire garda/tura medici sau asistente medicale);
- CITIREA – (ex. 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:

- Diagnosticile se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Procedurile documentate se codifică conform Listei codurilor de identificare ale procedurilor de sistem/operationale 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 întreruperi, 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 raport / proces verbal de predare-primire a gărzii/turei
- transferul intraclinic, între secții sau specialități, transfer pentru investigații paraclinice
- transferul în alte unități medicale
- 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:

- raport de predare-primire a gărzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare și problemele pacienților internați;
- proces verbal de predare-primire a turei în care asistenții medicali consemnează intervențiile de efectuat, tratamentele etc. și problemele pacienților internați;
- proces verbal de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervențiile / activitățile de efectuat și problemele pacienților internați;
- La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează "Fișa medicală de transfer interclinic a pacientului critic";
- La externare se completează bilete de externare și/sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienți – medicilor de familie ai acestora

k) De asemenea, prin grija șefilor/coordonatorilor de secții medicale, în procesul de comunicare medicală în zonele de activitate critice (blocul operator, camera de gardă a spitalului, proceduri anestezice) se dezvoltă permanent liste de verificare și alte documente tipizate, cu rol de a facilita transferul cu acuratețe a informațiilor medicale între membrii echipelor medicale și de monitorizare a schimbului de informații.

l) Anual, 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 ședința a Consiliului medical.

**Art.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare între membrii echipelor medicale sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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
Toate registrele	d) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de rapoarte / procese verbale de de predare-primire a gărzii/turei întocmite la nivelul secțiilor medicale în volum complet de către medici, asistenți medicali și infirmiere, este proporțional egal cu numărul secțiilor medicale din cadrul Spitalului.
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în 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.

## **29. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor**

**Art.1. –**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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o erori de conduită terapeutică / de diagnostic și tratament inadecvat al pacienților de către personalul medico-sanitar.

**Art.1. –**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 de la nivelul spitalului (analize medicale, radiologie și imagistică medicală,) 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” va fi comunicată tuturor medicilor.

c) Ulterior acestor etape, personalul laboratoarelor paraclinice de la nivelul spitalului 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”.

d) Evidențele menționate la lit. c) sunt utilizate de către personalul laboratoarelor paraclinice de la nivelul spitalului 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).

e) 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.2.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile în care se impune	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.
în toate situațiile în care se impune	b) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în “Registrul de Radiologie/Registru ecografie alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală” este direct proporțional cu numărul celor efectiv transmise către medicii curanți;
în toate situațiile în care se impune	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”.
în toate situațiile în care se impune	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.
--	--

### **30. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului**

**Art.1.** – Scopurile acestei reglementări se referă în principal la:

- a) Stabilește conduita de comunicare către aparținătorii în caz de degradare a stării pacientului și regulile de acces a aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală.
- b) Stabilește conduita de comunicare către aparținătorii a iminenței/survenirea decesului, precum și informațiile care se comunică aparținătorilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - necunoașterea stării de sănătate a pacientului de către aparținători;
  - efectuarea de manevre / acte medicale fără acordul aparținătorilor;
  - îngreunarea eliberării actelor necesare în situația decesului.

**Art.2.** – Implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

1. În situația agravării bolii și/sau existența fazei terminale:

a) Diagnosticul de fază ireversibilă este un diagnostic evolutiv care se stabilește treptat și se bazează pe lipsa de răspuns a bolnavului și chiar pe agravarea bolii în pofida tratamentului administrat. Dacă la acesta se mai adaugă și vârsta foarte înaintată a bolnavului, diagnosticul de fază ireversibilă devine și mai plauzibil. Stabilirea diagnosticului de fază ireversibilă, sau de fază incurabilă, reprezintă o etapă foarte importantă în evoluția unei boli cronice deoarece ea anunță moartea bolnavului. De aceea diagnosticul de fază terminală trebuie stabilit cu mare atenție de către medicul curant, acesta se va consulta – după caz - cu mai mulți medici.

b) Deși – de exemplu, diagnosticul de cancer sau de ciroză, reprezintă întotdeauna vești rele pentru aparținătorii unui pacient, diagnosticul de fază terminală este o veste mult mai rea, deoarece ea presupune decesul într-o perioadă relativ scurtă a bolnavului. **Cu toate acestea medicul curant al pacientului trebuie să comunice acest lucru bolnavului și/sau familiei, recomandând cu această ocazie instituirea tratamentului paliativ, după caz, aspect pe care-l va consemna în F.O.C.G..** Pentru a comunica diagnosticul de fază terminală, medicul curant trebuie să stabilească mai întâi dacă bolnavul ar dori să știe acest lucru și dacă este pregătit să îl afle. În acest sens, medicul curant va aplica întocmai prevederile privin. „*Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*” din prezentul Regulament. În cazul în care bolnavul ar dori să știe adevărul despre boala sa, medicul curant trebuie să-i comunice bolnavului acest lucru cu mult tact. În comunicarea către pacient și familie a diagnosticului de fază terminală, medicul curant este necesar să țină seama de următoarele reguli:

- i. Să caute timpul și locul potrivit;
- ii. Să respecte sensibilitatea bolnavului;
- iii. Să folosească expresii potrivite nivelului de înțelegere a bolnavului și /sau a familiei acestuia;
- iv. Să dea dovada de atașament și de compasiune;
- v. Să răspundă la întrebările bolnavului și /sau a familiei acestuia;

- vi. Să nu excludă orice speranță a bolnavului și /sau a familiei acestuia;
- vii. Să stabilească obiective realiste;
- viii. Să-l asigure pe bolnav și /sau pe familia acestuia că va face tot ce este posibil și că va ține seama de părerile bolnavului.

c) Deoarece îmbolnăvirea unui membru al familiei reprezintă un stres foarte mare pentru aparținători, iar decesul unui membru al familiei reprezintă un stres cu mult mai mare, medicul curant trebuie să acorde importanța cuvenită și susținerii psihologice a familiei. În acest sens, medicul curant trebuie să informeze corect familia și să o pregătească pentru ce are de făcut, putând în acest context implica psihologii cu care Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil are contract. Comunicarea deschisă, onestă, echilibrată cu familia reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict între familie/medici și facilitează o tranziție ușoară către terapia paleativă a pacientului, după caz, către o atmosferă de calm, resemnare, înțelegere a stării de terminare a vieții în condiții de confort, calm, pace sufletească.

d) Pentru pacienții aflați în stare terminală, Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil asigură, cu acordul pacientului, accesul neîngrădit al familiei acestuia la pacient sau a aparținătorilor desemnați de către acesta. La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacient poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparținătorului desemnat al pacientului acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.

e) Dacă pacientul/familia acestuia dorește externarea, medicul curant va consemna acest aspect în documentele medicale. Transportul pacientului este în sarcina aparținătorilor în colaborare cu personalul spitalului.

f) Toate discuțiile, informarea familiei, deciziile legate de întreruperea/ îndepărtarea unei modalități terapeutice, cât și neinsituirea alteia noi, vor trebui riguros justificate / documentate / înregistrate în F.O.C.G., dovedind astfel transparența actului medical cât și prezența unui document medico-legal justificativ în cazul unui posibil litigiu cu familia. De asemenea, familia va semna în documentul medical decizia sa, informată, de a fi de acord/ a înțelege deciziile luate ca fiind în beneficiul deplin al pacientului.

## 2. În situația survenirii decesului se aplică următorul protocol de comunicare:

a) Imediat după producerea decesului pacientului, medicul curant va informa medicul șef de secție/ coordonator compartiment. Dacă decesul survine în afara programului de lucru al spitalului și medicul curant nu este prezent, medicul de gardă va informa telefonic medicul curant. Dacă decesul survine între orele 22:00 și 8:00 informarea medicului curant și a șefului de secție se poate realiza la începerea programului de lucru.

b) În primele 30 minute de la constatarea decesului asistenta șefă/desemnată/de tură va informa camera de gardă pentru pregătirea căii de acces în camera mortuară.

c) Anunțarea aparținătorilor sau a reprezentantului legal despre survenirea decesului se face după 2 ore de la constatarea acestuia de către medicul curant în timpul programului de lucru al spitalului sau de către medicul de gardă în afara programului de lucru al spitalului și în absența medicului curant. Se va menționa în F.O.C.G. data și ora contactării aparținătorilor. **În acest sens, în mod obligatoriu la internare în toate F.O.C.G. se vor înscrie datele de contact ale aparținătorilor.** Medicul curant care face oficiul de a anunța aparținătorii despre decesul pacientului va trebui să fie pregătit să aloce timpul necesar ca să răspundă unor eventuale întrebări ale aparținătorilor legate de: evoluția bolii, tratamentele aplicate pacientului înainte de deces, motivele decesului, felul în care a decurs decesul, astfel încât aparținătorii să fie convinși că s-a făcut tot posibilul pentru a menține în viață pacientul.

d) În situația în care există pacienți la care nu s-au identificat aparținători, va fi implicat asistentul social din cadrul autorităților locale din localitatea de domiciliu a decedatului. Dacă, într-un interval de 10 zile de la survenirea decesului, nu se prezintă aparținătorii, decedatul va fi considerat caz social. În situația în care între spital și instituțiile de învățământ medical superior uman există norme comune

semnate de ambele instituții, dacă nu exista probleme referitoare la diagnosticul și tratamentul aplicat și dacă pacientul nu a suferit de boli infectocontagioase, de exemplu: tuberculoză, SIDA etc., cadavrul poate fi preluat de serviciul pentru exploatarea cadavrelor al catedrei de anatomie din instituția de învățământ medical superior. Pentru cadavrele nerevendicate și nepreluate de serviciile pentru exploatarea cadavrelor ale catedrelor de anatomie din instituțiile de învățământ medical superior, se va efectua autopsia și va fi anunțată în scris primăria din raza teritorială a spitalului.

e) De asemenea, în 24 ore de la producerea decesului pacientului, va fi înștiințat verbal (telefonic) sau în scris (email, scrisoare medicală) și medicul de familie al decedatului de către medicul curant, în măsura în care pacientul decedat a furnizat date despre faptul că este înscris la un medic de familie.

f) Vor fi anunțate de către medicul curant în colaborare cu medicul anatomo-patolog la Serviciul Criminalistică din cadrul Poliției, la Serviciul de Medicină Legală precum și, în timp util, purtătorul de cuvânt al spitalului, următoarele tipuri de decese:

- i. decesele survenite sub 24 ore de la internare,
- ii. cazurile când există suspiciuni cu implicații medico-legale prevăzute de lege,
- iii. cazul decedaților neidentificați,
- iv. cazul cetățenilor străini decedați în spital.

3. Comunicarea către aparținători a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului presupune, funcție de situația concretă în care a survenit decesul pacientului, transmiterea următoarelor aspecte:

a) Termenul limită (maxim 3 zile) în care aceștia se pot prezenta la spital în vederea încheierii formalităților de externare a decedatului;

b) Se va comunica aparținătorilor, după caz, situația în care există motive medico-legale de efectuare a autopsiei și termenul limită în care aceștia se pot prezenta pentru a ridica trupul decedatului;

c) În situația în care nu există motive medico-legale de efectuare a autopsiei și aparținătorii nu solicită efectuarea autopsiei (nu contestă diagnosticul și nici tratamentul medical aplicat) se va comunica posibilitatea ca un aparținător să completeze pe proprie răspundere (de preferință în termen de maxim de 24 de ore de la survenirea decesului) o cerere tipizată către managerul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil prin care se solicită scutire de efectuare a autopsiei.

d) Se va comunica faptul că respectiva cerere este necesar să fie avizată favorabil de către medicul curant sau medicul care a constatat decesul, medicul șef de secție/ coordonator compartiment în care a fost internat pacientul, medicul anatomo-patolog și managerul spitalului. Ulterior aparținătorii vor primi de la medicul curant / gardă din secția / compartimentul unde a decedat pacientul „*Certificatul constatator al decesului*” (fiind necesar în acest sens actul de identitate al persoanei decedate), după ce semnează în cotorul carnetului cu certificate și permisiunea de a ridica trupul decedatului de la camera mortuară.

e) Aparținătorilor li se predau: cadavrul decedatului, un exemplar din „*Certificatul constatator al decesului*”, obiectele prețioase ce au aparținut persoanei decedate, efectele cu care a venit pacientul aflate în păstrarea spitalului.

f) La solicitarea aparținătorilor se comunică faptul că înregistrarea decesului intervine după finalizarea procedurilor din spital și reprezintă înregistrarea propriu-zisă a decesului și obținerea „*Certificatul constatator al decesului*” și a „*Adeverinței de înhumare*” de la ofițerul stării civile din SPCLEP sau primăria pe a cărei rază s-a produs decesul, fiind obligatorie declararea decesului în termen de 3 zile (include atât ziua decesului, cât și ziua efectuării declarației).

**Art.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate /	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
--	---

<b>eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în paliativ;	a. Numărul de sugestii și/sau reclamații din partea aparținătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară <b>pe timpul agravării bolii/în stare terminală</b> , în perioada evaluată, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în paliativ;
valoare maximă admisă = 2% din totalul pacienților decedați;	b. Numărul de sugestii și/sau reclamații din partea aparținătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară <b>în momentul anunțării decesului</b> raportat la numărul de decedați, în perioada evaluată, are valoare maximă admisă de 2% din totalul pacienților decedați;
valoare maximă admisă = 2% din totalul pacienților decedați;	c. Numărul de sugestii și/sau reclamații din partea aparținătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară referitoare la <b>informațiile primite ulterior decesului</b> , raportat la numărul de decedați, în perioada evaluată, are valoare maximă admisă de 2% din totalul pacienților decedați;
maxim 1	d. Raportul dintre numărul de evenimente mass-media cu impact negativ asupra spitalului, datorate modului de comunicare defectuos <b>pe timpul agravării bolii pacienților și/sau după survenirea decesului acestora</b> , în perioada evaluată și numărul numărul total de evenimente mass-media, are valoare maximă admisă de 1;
de fiecare dată când situația o impune	e. Raportul dintre numărul de propuneri de revizuire/reeditare din partea personalului a reglementării cu privire la modul de comunicare către aparținători a <b>degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și <u>protocolul</u></b> de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului înregistrate în perioada analizată și numărul de situații în care se impune acest lucru, are valoare maximă admisă de 1;

### 31. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

**Art.1.** –Comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic reprezintă un proces extrem de complex care are ca principale scopuri:

- a) Atingerea unor obiective importante cum ar fi diagnosticul clinic și tratamentul pacientului oncologic, aspect care presupune:
  - stabilirea raportului de încredere între medic și pacient;
  - colectarea de informații de la pacient și familia pacientului;
  - transmiterea veștilor proaste și a altor informații cu privire la boală;
  - abordarea emoțiilor pacientului.
- b) O comunicare eficientă medic-pacient/ reprezentant legal care în asemenea situații conduce la:
  - creșterea gradului de satisfacție a pacientului/reprezentantului;
  - ameliorează complianța la tratament;
  - crește sentimentul de control și capacitatea de a tolera durerea, reduce anxietatea;
  - contribuie la recuperarea stării generale;
  - se facilitează angajamentele în studiile clinice;
  - are loc o trecere mai ușoară de la tratamentul curativ la cel paliativ;
  - generează stare de securitate și siguranță;
  - există premise privind micșorarea duratei de spitalizare, respectiv a costului tratamentului;

- scade stresul și sindromul burnout caracteristic profesiei de medic
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Reacții de frustrare, frică, durere, furie ale pacienților;
  - Negarea diagnosticului;
  - Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adecvat).

**Art.2.** – **Anexa nr. 5 din prezentul Regulament** prezintă un scurt ghid privind comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic.

**Art.3.** - Principalul indicator de eficiență a procesului de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic îl reprezintă numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic încheiat care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic, are valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților aflați în situații de diagnostic oncologic;

## **32. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați**

**Art.1.** – Reglementarea modalității de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Transformarea procesului de comunicare dintre personalul medical și pacient / familia acestuia, dintr-un proces formal în sens unic – medic pacient, într-un dialog constructiv și participativ, care să responsabilizeze ambele pentru reușita actului medical;
- c) Educarea pacientului și a familiei sale pentru a putea lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
  - reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

**Art.2.** – Etapele procesului de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În momentul prezentării pentru internare a pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) medicul curant al acestuia va recomanda membrului de familie/apartinătorului care însoțește respectivul pacient să se interneze împreună cu acesta. Această conduită se are în vedere a se adopta în contextul în care se pleacă de la premisa că membrul de familie/apartinătorul care însoțește pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) are capacitatea de a comunica mimico-gestual cu respectivul pacient mult mai eficient decât personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor medicale.

b) În situația acceptării acestei propuneri, întreg personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor pentru pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz), va implica în fiecare dintre etapele procesului de comunicare cu respectivul pacient membrii familiei/apartinătorii acestuia, astfel încât să se poată lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri iar actul medical să se concretizeze într-o reușită.

c) La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, Spitalul poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon în care alături de pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparținătorului desemnat al pacientului

cu dizabilități (deficiențe de auz) acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.

d) În situația în care familia/aparținătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) nu doresc să asiste pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia, medicul curant al acestuia va apela la interpretul/interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficiențe de auz cu care spitalul are încheiate contracte/convenții de colaborare sau, comunicarea se va face în scris, prin intermediul SMS/mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc).

e) Comunicarea cu aparținătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia se va realiza cu respectarea prevederilor „*Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul*” din prezentul Regulament.

**Art.3.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile în care se impune	a) Raportul dintre numărul de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați și numărul celor pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic încheiat, servicii de comunicare în limbajul mimico-gestual, are valoare egală cu 1.
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați	b) Numărul de reclamații ale pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sau ale familiilor/aparținătorilor acestora datorate neasigurării de servicii ale unor interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați.
în toate situațiile în care se impune	c) Raportul dintre numărul de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați în ultimul an calendaristic încheiat și numărul celor pentru a căror membri de familie/aparținători s-a asigurat la cerere cazare și hrănire contra cost, are valoare egală cu 1

### 33. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- accidente de orice natură în care sunt implicați pacienții;
- reclamații ale pacienților cu privire la modul de deplasare/transport la nivelul spitalului
- pierderea/deteriorarea documentelor medicale care însoțesc pacienții care se deplasează la consulturi interdisciplinare și investigații.

**Art.2.** – (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 șefi/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 documentele medicale completate ale 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 (în mod obligatoriu pacienții vârstnici, pacienți autonomi cu interdicție de a se deplasa). 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 pacientii 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/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.

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/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.

h) Transportul pacienților de diferite categorii între locațiile spitalului, se realizează după aceleași reguli mai sus menționate, utilizând o mașină..

i) 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. Funcție de starea de sănătate a pacientului neautonom grav/dependent, pe timpul deplasării acesta va fi însoțit inclusiv de un medic care va asista pacientul, iar pentru transport se poate utiliza targă cu suport lateral și chingi de siguranță sau brancard cu suport lateral

rabatabili. 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.

(2) Deplasarea pacienților *înspre/dinspre blocul operator* se reglementează în mod distinct la nivelul Spitalului. În acest sens, la nivelul blocului operator se asigură mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de deplasare a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
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;
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;

### 34. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor

**Art.1.** – 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 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- transmiterea unor afecțiuni către alți pacienți
- contactarea unor alte boli contagioase.

**Art.2.** –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 secțiilor se stabilește lunar un număr minim de paturi destinat internării urgențelor calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni (în baza informațiilor statistice) astfel încât la nivelul spitalului să se asigure un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului.

b) Zilnic, asistentele șefe/coordonatoare din cadrul secțiilor medicale comunică serviciului de urgență al spitalului, în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din serviciul de urgență al spitalului se predă conducerii serviciului de urgență al spitalului, zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, precum și de sărbători legale, până cel târziu la ora 12,00. Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare responsabilitatea asigurării paturilor libere revine șefilor/coordonatorilor de secție.

c) În afara evidenței menționate la lit. b), la nivelul fiecărei secții/compartiment se mai ține de către persoanele desemnate de către șefii/coordonatorii de secție o evidență a zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili, care se calculează, de regulă, ca diferența dintre numărul total de paturi existent în secție din care se scade numărul de paturi ocupate de pacienții internați însumat cu numărul minim de paturi destinat internării urgențelor calculat potrivit precizărilor de la lit. a).

d) 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. c) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor tratate din secțiile/compartimentele medicale. Acest lucru se realizează prin colaborarea șefilor/coordonatorilor de secții și a asistentelor medicale șefe/coordonatoare care, pot ceda temporar paturi de la o/un secție/compartiment la alta/altul pentru utilizarea acestora funcție de nevoile imediate și ținând cont de compatibilitățile patologiilor.

e) De regulă, în realizarea activității menționate la lit. d), se va încerca ca cedarea temporară a paturilor să se realizeze la nivelul aceluiași salon, astfel încât secțiile/compartimentele să cedeze temporar unei alte secții/compartiment câte unul/două saloane întregi cu toate paturile aferente, evitându-se ca în cadrul aceluiași salon să fie internați pacienții unor secții/compartimente cu patologii diferite. Cedarea între secții/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. Acest sistem permite în acest context ca inclusiv medicii din linia de gardă a unei secții care a împrumutat temporar altei secții sau altui compartiment saloane sau paturi din saloane, să poată asigura asistență medicală de specialitate pacienților care ocupă respectivele paturi.

f) În situația în care secțiile de specialitate ale spitalului nu pot asigura numărul de paturi libere prevăzut la lit. a), se reconsideră de către șefii de secții de specialitate programul de internare al pacienților planificați conform evidenței de la lit. c).

g) În cazul în care Compartimentul A.T.I. nu poate asigura numărul de paturi libere pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din serviciul de urgență al spitalului, directorul medical împreună cu coordonatorul secției chirurgicale va lua în considerare replanificarea operațiilor electivă pentru care au fost rezervate paturi în aceste secții;

h) Pentru situația în care se anticipează că transferul de paturi între compartimente/secții 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.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Destinarea zilnică, pe parcursul întregului an calendaristic, a unui procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului pentru internarea urgențelor calculat în funcție de rata medie lunară a acestora.	a) Zilnic se alocă, pe parcursul întregului an calendaristic, un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului pentru internarea urgențelor calculat în funcție de rata medie lunară a acestora.
în toate situațiile în care se impune	b) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la cedarea între secții/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;
nicio reclamație, în măsura în care, la data reclamației, gradul de ocupare a paturilor nu este de 100%	c) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor 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%.

### 35. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- afectarea siguranței pacientului
- producerea de erori (voluntare / involuntare)
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** – 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 fiecărei secții medicale și a serviciului de urgență al spitalului, 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, aprobate de către Consiliul Etic, 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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt următorii:

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
maxim 5% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic	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;
maxim 1% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic	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.
maxim 90% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic	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;
maxim 4% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic	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;

### **36. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric**

---

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o rănirea pacientului /pacienților sau a personalului medical;
  - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** – (1) Procesul de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric presupune 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 secția/medicul de specialitate și va programa pacientul la consultul interdisciplinar. Medicul curant va menționa în documentele medicale data, ora și locația consultului interdisciplinar (ex.: pe secție, în Ambulatoriu, la pat) menționând/justificând totodată motivul solicitării. Solicitarea de consult interdisciplinar înscrisă în documentele medicale 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 șef de secție, 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 în care este necesar un consult psihiatric, medicul de gardă trimite pacientul la Spitalul în care există linie de gardă în această specialitate, cu care spitalul are protocol de colaborare pe linia consulturilor interdisciplinare.

h) Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gardi întocmite lunar de conducerea secțiilor, serviciilor medicale, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea spitalului sanitare, conform contractului individual de muncă de la norma de bază și contractului individual de muncă cu timp parțial, constituie abatere disciplinară.

i) Anterior de efectuarea consultului interdisciplinar intern/extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul curant are obligația să completeze în documentele medicale 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 documentele medicale 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.

j) În funcție de starea de sănătate și diagnosticele asociate ale pacientului, acesta se va deplasa la consultul intersecției pe jos, cu căruciorul sau pe targă, obligatoriu însoțit de personal medico-sanitar din secția 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 documentele medicale. Pentru pacienții nedeplasabili, 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.

k) Medicul care acordă consultul interdisciplinar intern/extern, precum și consultul psihiatric, va consemna atât în documentele medicale ale 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 documentele medicale sunt necompletate cu datele necesare efectuării consultului iar starea pacientului nu reprezintă o urgență, acesta poate refuza acordarea consultului motivând atât în documentele medicale ale 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 documentele medicale ale 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 integreze aceste informații în managementul cazului și să ia decizia medicală corespunzătoare.

l) După terminarea consultului interdisciplinar intern/extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul care a asigurat respectivul consult înmânează documentele medicale ale pacientului trimis spre consult interdisciplinar personalului medico-sanitar care a însoțit pacientul, acesta fiind însoțit înapoi pe secție pe care se află internat. Documentele medicale ale pacientului consultat interdisciplinar vor fi înmânate pe secție medicului curant, acesta având responsabilitatea ducerii la îndeplinire a celor menționate în cadrul consultului interdisciplinar.

m) 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 et.) 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 afara respectivei internări.

n) În cadrul secțiilor 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 secției, propunere care va fi prezentată în acest caz de către medicul șef de secție 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 în cadrul raportului de gardă săptămânal cu participare largită.

o) 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 secție 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 documentele medicale 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.

p) Pentru consulturi interdisciplinare externe, inclusiv a consulturilor psihiatrice, medicul curant va lua legătura cu serviciul de urgență din cadrul spitalului 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 ale ambulanței pe timpul transportului.

(2) Medicii din cadrul spitalului au 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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Sunt onorate toate solicitările	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;
Sunt onorate toate solicitările, în măsura existenței unui asemenea protocol	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;
Permanent, minim 1 protocol în vigoare	Există permanent minim 1 protocol de colaborare în vigoare care are ca obiect consulturile interdisciplinare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare.

### **37. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență de a trata cazuri oncologice**

**Art.1.** –Reglementarea modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice are ca principale scopuri:

a) Descrie managementul pacientului caz oncologic pe timpul internării în Spitalul Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil.

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

o agravarea stării de sănătate a pacientului din cauza întârzierii deciziei;

- o decesul pacientului.

**Art.2.** –Etapile modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil setul de investigații necesare diagnosticării oncologice este stabilit prin protocoalele de diagnostic și tratament aplicabile în structurile medicale cu competență de a trata cazuri oncologice. Suspiciunea de diagnostic oncologic este identificată pe secțiile de profil în funcție de localizarea acestuia.

b) Diagnosticul oncologic este precizat în baza buletinului de examinări histopatologice de către medicul anatomo-patolog cu care spitalul are contract, care în caz de tumori maligne trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.

c) Orice tumoră primară nou-diagnosticată, pentru care, prin metode clinice și/sau de laborator, s-a stabilit un diagnostic raportabil, este obligatoriu a fi raportată nominal către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Muntenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Muntenia, care grupează județele Arges, Calarasi, Dambovita, Giurgiu, Ialomita, Prahova si Teleorman dacă face parte din lista diagnosticelor raportabile. Din lista tumorilor raportabile face parte orice tumoră primară pentru care este stabilit diagnosticul de certitudine după data de 1 ianuarie 2008, astfel:

- i. toate cancerele in situ (cod de comportament "2") sau maligne/invazive (cod de comportament "3"), conform Clasificării internaționale a maladiilor pentru oncologie, ediția a treia (CIM-O-3), a Organizației Mondiale a Sănătății, cu excepția carcinoamelor bazocelulare cu cod topografic CIM-O-3 C44.0-C44.9;
- ii. toate tumorile intracraniene și intraspinale, indiferent de comportamentul lor (benign/incert/malign), cu coduri topografice CIM-O-3 C70-C72 si C75.1-C75.3. Sunt exceptate de la raportare leziunile vasculare benigne ale meningelui (hemangioame) și leziunile chistice;
- iii. afecțiunile borderline, indiferent de topografie.

d) Tumorile primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile vor fi raportate în termen de maximum 30 de zile de la încheierea oricăruia dintre episoadele raportabile de mai jos:

- i. stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer sau luarea în evidență pentru urmărire și/sau tratament;
- ii. orice revizuire a diagnosticului unei afecțiuni raportabile către o altă categorie diagnostică raportabilă;
- iii. diagnosticarea progresiei unei leziuni precanceroase sau in situ către tumora invazivă;
- iv. infirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate;
- v. finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale;
- vi. decesul cu sau prin cancer.

e) Raportarea setului minim de date pentru fiecare tumoră raportabilă se face conform *ONC - Formular de raportare a unui caz de cancer, prevăzut în Anexa nr.1 la O.M.S. 2027/2007 privind activitatea de înregistrare pe baze populaționale a datelor bolnavilor de cancer și înființarea registrelor regionale de cancer*. Toate informațiile disponibile din setul minim de date vor fi completate de către medicul care are competență în stabilirea diagnosticului și/sau a tratamentului oncologic.

f) Șeful laboratorului de analize medicale are de asemenea obligația să comunice nominal către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Muntenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Muntenia, care grupează județele Arges, Calarasi, Dambovita, Giurgiu, Ialomita, Prahova si Teleorman, pe formulare *ONC*, în termen de maximum 30 de zile, informațiile disponibile din setul minim de date pentru tumorile raportabile, inclusiv codul numeric personal al pacientului.

g) În toate situațiile în care există incertitudini privind diagnosticul și/sau terapia aferentă acestuia sau/ și se constată că sunt depășite competențele spitalului (din cauza: lipsei specialiștilor, lipsa competențelor profesionale necesare, dotare tehnico-materială insuficientă etc.) pacienților suspecți/

diagnosticați oncologic li se comunică diagnosticul prezumtiv și li se face recomandarea de a se adresa unei unități spitalicești cu competență în a trata cazuri oncologice. Recomandarea se face în documentele de externare (scrisoare medicală, bilet de externare), de regulă – respectivii pacienți fiind îndrumați să se adreseze într-o primă etapă spre unitățile sanitare cu competență în a trata cazuri oncologice cu care Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil are încheiate contracte/protocoale de colaborare.

**Art.3.** Indicatorii de eficiență și eficacitate ai reglementării privind modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de pacienți diagnosticați cu tumori primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile este direct proporțional cu numărul de cazuri care au fost raportate către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Muntenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Muntenia, care grupează județele Arges, Calarasi, Dambovita, Giurgiu, Ialomita, Prahova si Teleorman în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Numărul de pacienți suspecți/diagnosticați oncologic este direct proporțional cu numărul de astfel de pacienți cărora li s-a făcut recomandarea în documentele de externare de a se adresa unei alte unități cu competență în a trata cazuri oncologice, în ultimul an calendaristic încheiat.

### **38. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare**

---

**Art.1.** –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;

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- erori de diagnostic și tratament;
- creșterea timpului de diagnosticare
- aplicarea cu întârziere a unor tratamente adecvate pacienților;
- agravarea sănătății pacientului.

**Art.2.** – (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 și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate la alte spitale.

(2) În oricare dintre situațiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice 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: ianuarie, aprilie, iulie, octombrie, ocazie cu care se vor analiza cazurile deosebite care au fost internate în trimestrul anterior.

(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 telexpertiză.

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 dezbateri 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.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate /	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
--	---

<b>eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	
în toate situațiile în care se impune	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;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	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;

### 39. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar
  - o discriminarea pacienților.

**Art.2.** – (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) asigură 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) Asigură 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.3.** -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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
valoare maximă admisă = 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;

#### **40. 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.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar (efectuarea altor manevre decât cele pentru care și-a dat acordul pacientul)
  - o discriminarea pacienților.

**Art.2.** – Procesul de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale presupune 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 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 pastrată, în original, atașată la foaia de observare clinică generală 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 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 responsabili 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.3. - 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:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
100%	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;
100%	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;
100%	c) Numărul total de înregistrări audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este pastrată, 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.
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	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;

## 41. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o producerea de toxiinfecții alimentare;
  - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** –Etapile procesului de servire a mesei la patul pacientului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Șefii/coordonatorii de secții/compartimente medicale nominalizează din cadrul secțiilor/comp. pe care le conduc/coordonează personal pentru distribuirea alimentelor către pacienții.
- b) În ceea ce privește Secția Pediatrie livrarea alimentelor preparate de la blocul alimentar se face pentru întreaga cantitate necesară Secției (în recipiente mari).
- c) Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți din cadrul secției Pediatrie asigură transportul alimentelor pe secție cu respectarea normelor de igienă, utilizând în acest sens mijloace de transport dedicate și recipiente izoterme care asigură menținerea temperaturii alimentelor transportate. Mâncarea se distribuie în vase inox, cutii plastic acoperite ( pentru întreaga secție) și individual, per pacient (biberoane). Se respectă programul de distribuție al mesei din Blocul Alimentar și programul de servire al mesei pe oficiul alimentar secție, astfel încât temperatura alimentelor să fie optimă pentru servire;
- d) Alimentele de la blocul alimentar se transportă de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor în oficiile alimentare ale secției Pediatrie unde se realizează porționarea mâncării. Indiferent de momentul zilei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor care asigură în acestea porționarea hranei, precum și spălarea și păstrarea veselei pentru pacienți și a cărucioarelor de transport hrana. Circuitul alimentelor pe secție 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.
- e) Distribuția hranei porționate se realizează de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor conform programului de servire a mesei care este afișat pe secții, cu respectarea meniului zilnic (care este de asemenea afișat pe secții) și a dietelor recomandate de medic în F.O.C.G.
- f) Însoțitoarele și copii mari primesc masa în sala de mese.
- g) În celelalte secții ale spitalului cu excepția secției Pediatrie, alimentele deja porționate în blocul alimentar se transportă de către personalul nominalizat la patul bolnavului cu respectarea regulilor prevăzute mai sus. Indiferent de momentul zilei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor. Vesela și cărucioarele transport alimente sunt spălate de personalul blocului alimentar și păstrate în spațiile destinate acestora.

h) Pentru pacienții imobilizați la pat precum și în secțiile în care nu se poate asigura spațiu dedicat unei săli de mese, 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.

i) Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va purta pe timpul transportului acestora precum și pe timpul servirii mesei o ținută formată din: halat u.f., mănuși u.f., bluză, capelină și botoși.

i. Alimentarea activă în salon, la pat, presupune:

1. Pacient mobilizabil, dar internat în secție ce nu are în dotare sală de mese:
  - 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 vesela murdară, 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 vesela murdară, curăță măsuta 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 măsuta 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 vesela murdară, curăță măsuta 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 masticăția 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 masticăția și deglutiția. Se servesc cu lingura/lingurița în cantități mici.
- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera îl șterge la gură, strânge vesela murdară, 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.

iii. Alimentarea pasivă în salon, a sugarilor, copiilor 1- 3 ani sau varste ce nu permit autoingrijirea, pacienților imobilizați, paralizați, în stare gravă, cu usoare tulburări de deglutiție, dializați în timpul efectuării tratamentului de supleere renală, etc.

Pacient sugar (0 – 1 an):

- Se respecta cantitatea de aliment de la pranzul respectiv al copilului, conform prescripției medicului curant
- Se introduce alimentul (lapte praf, supă morcov, mucilagiu orez, etc) în biberonul sterilizat
- Se adaptează tetina la gatul biberonului și capacul acestuia.
- Înainte de a alimenta copilul, se verifică temperatura alimentului picurând câteva picături în plica cotului.
- Se ține copilul în brațe, culcat cu capul pe antebrațul mamei sau al personalului nominalizat sau culcat, în decubit dorsal în pătut.
- Cu mâna liberă (dacă este ținut în brațe) se apucă biberonul și se introduce tetina în gura copilului
- Se ține biberonul vertical pe gura copilului, cu toată bula de aer spre fundul biberonului (se previne aerofagia)
- Se supraveghează copilul tot timpul alimentării, urmărind sincronizarea mișcărilor de supt cu deglutiția
- Când copilul nu mai sugă, se ridică în poziție verticală cu capul pe umărul mamei/ personalul nominalizat timp de câteva minute pentru a favoriza eructația, apoi se așează în pătut
- Biberonul golit se transporta la Biberonerie respectând procedura existentă la nivelul spitalului privind sterilizarea.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
Toate analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților cuprind referiri la gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor distribuția hranei servite	Gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor la distribuția hranei servite este consemnat în fiecare dintre analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

## 42. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale

**Art.1.** –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.

a) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o Întârzierea răspunsului la situații deosebite/exceptionale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
- o Apariția pagubelor sau victimelor în situații deosebite/exceptionale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
- o Prejudicii de imagine a instituției determinate de o comunicare necorespunzătoare în situații deosebite/exceptionale.

**Art.2.** (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 microstructurile Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, 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.

#### **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;

○ Evenimentele sau accidentele în care apar scurgeri de substanțe radioactive;

○ Evenimentele sau accidentele din industria chimică;

○ 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;

○ Evenimentele sau accidentele din industria minieră cauzate de prăbușiri ale galeriilor de mină, alunecări și lichefierii ale haldelor de steril insuficient consolidate și ruperi ale iazurilor de decantare;

- 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;
- 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:
  - Cazuri medicale ce implică patologii rare;
  - Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizante;
  - 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);
  - Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
  - Morți subite;
  - 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.3.** - Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale 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 afara 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:

- Comunică 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 situații de urgență**
- anunță Șeful AAT să se prezinte în spital în vederea stabilirii stării tehnice a instalațiilor și **pavilioanelor** din unitate;
- dacă situația depășește competențele echipelor de intervenție chemate în afara orelor de program, informează forul tutelar 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 sau decizii. Convocarea întregului personal al spitalului se realizează prin lanțul de anunțare întocmit din timp și care este adus la cunoștința întregului personal.

c) Prin decizie 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 comunicare cu mass-media în situații de criză se va asigura ca următoarele reguli vor fi respectate:

- o toți comunicatorii primesc același mesaj în timp util;
- o informația este distribuită la nivelul tuturor instituțiilor implicate;
- o purtătorii de cuvânt din fiecare instituție implicată vor furniza mass-mediei doar informațiile aflate în domeniul lor de competență.

f) Responsabilul de comunicare 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/exceptionale, după adunarea și verificarea informațiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:

- o informația trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile și întreg personalul;
- o conferințele de presă se vor organiza cât mai curând posibil, dar numai după verificarea informațiilor, precum și în cazul în care apar informații noi;
- o comunicatele de presă trebuie să reprezinte instrumentul principal de informare atât pentru presă, cât și pentru instituții;
- o 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/exceptionale 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 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 prevăzute 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/exceptionale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/exceptionale 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. Pentru comunicarea situații medicale deosebite se folosesc telefoanele mobile ce au fost achiziționate pentru fiecare secție/compartiment/birou.

m) În conformitate cu prevederile legale în vigoare, Comitetul director – cu sprijinul persoanelor nominalizate 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, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză.

**Art.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare admisă = 0	a) Nicio persoană nu este afectată, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul eventualelor situații de urgență produse în ultimul an calendaristic încheiat.
valoare admisă = 0	b) Valoarea pierderilor materiale (exprimate în lei), datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență, are valoare nulă.
Încadrare 100% a eventualelor posturi existente și/sau nominalizare prin decizie a personalului necesar să asigure atribuții suplimentare de comunicare și informare publică în cadrul spitalului abilitate în managementul și gestionarea situațiilor de urgență	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 ;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	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;
Toate procedurile proprii de comunicare care privesc managementul și gestionarea situațiilor de urgență sunt supuse anual revizuirii, dacă situația o impune.	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.

### **43. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor**

**Art.1.** – (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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului;
- o reinternarea pacientului cu același diagnostic.

**Art.2.** –Etapel 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 baza funcțiile diferite ale celor două categorii de profesioniști. Exerțându-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):

- o scrisoare medicală ce poate fi înlocuită de un bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală;
- o 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;***
- o 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:

- o datele de identificare a pacientului (nume, prenume, vârstă, sex, adresa, cod numeric personal);
- o date privind cadrul consultației (unitatea medicală, ziua, numărul de registru);
- o date privind identitatea medicului consultant (nume, prenume, specialitatea, gradul profesional, codul de parafa).

e) **Prescripțiile medicale:**

- o 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);
- o 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/apartinătorul acestuia va confirma la externare, prin semnătură în F.O.C.G., primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.**

**Art.3.** -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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.);
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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.);
valoare maximă admisă = 5%	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%.

#### 44. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

**Art.1.** –Reglementarea procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor are ca principale scopuri:

- a) Implicarea activă a farmacologului/farmacistului clinician în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o erori de prescriere a medicamentelor;
  - o erori de administrare a medicamentelor;
  - o apariția I.A.A.M / E.A.A.A.M.

**Art.2.** – 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 administrare, șeful fiecărei secții 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 fiecărei secții medicale 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 secție și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate.

d) În cazul medicamentelor prescrise la contravizită, întreaga responsabilitate aparține medicului curant care are obligația de a parafa condicile de prescripții medicale.

e) Potrivit prevederilor *O.M.S. 75/2010 pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică*, farmacistul/farmacista din cadrul farmaciei spitalului trebuie să utilizeze toată experiența sa/lor profesională pentru analiza medicamentelor ce se regăsesc în condicile de prescripții medicale, urmărind aceleași aspecte terapeutice ca și medicul șef de secție, 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 secție în caz de nelămuriri sau ori de câte ori este nevoie de informații suplimentare;
- ii. utilizarea materialelor, manualelor științifice existente în biblioteca farmaciei, a reglementărilor în vigoare;
- iii. informații provenind de la centrele de farmacovigilență, autoritățile competente sau de la producătorii de medicamente.

f) După verificarea fiecărei condici de prescripție medicală, farmacistul/farmacista 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 secții, informându-i despre acest lucru. În urma consultării telefonice dintre aceștia, pot apărea următoarele două situații:

- i. medicul curant/medicul șef de secție este de acord cu ce spune farmacistul, iar condicile de prescripții medicale sunt returnate în secție pentru a fi modificate corespunzător și, apoi, sunt retransmise farmaciei spitalului;
- ii. medicul curant/medicul șef de secție nu este de acord cu ce spune farmacistul și atunci își asumă responsabilitatea pentru prescripțiile de medicamente pe care le-a parafat, scriind pe condici sintagma: "sic volo" (așa vreau eu).

g) În mod obligatoriu, farmacistul/farmacista clinician supervizează activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale special stabilite de Consiliul medical.

h) Utilizarea medicamentelor se face pe calea și orarul prescrise de medicul curant și aprobate de medicul șef de secție. Asistenții medicali care administrează respectivele medicamente trebuie să cunoască aspectul medicamentelor, proprietățile lor, dozele terapeutice maxime 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 (antibiotice, chimioterapice).

- vii. Se ține cont de incompatibilitatea medicamentelor astfel încât administrarea lor să nu fie inefficientă 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 secție.
- xiv. Modul efectiv de administrare a medicamentelor de către asistenții medicali poate fi monitorizat, după caz, de către asistenții șefi, medicii curanți, medicii din linia de gardă, farmaciștii din farmacia spitalului și de către medicii șefi de secții.

i) La nivelul Spitalului, un colectiv format din șeful farmaciei, șeful C.P.I.A.A.M. și medicul infecționist elaborează un *"Ghid al bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"* care se aprobă de către Consiliul medical. În raport cu conținutul acestuia, anual, de regulă în luna decembrie, șeful farmaciei în colaborare cu medicii șefi de secții, 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.3.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
valoare maximă admisă = 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;
valoare maximă admisă = 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;
Nu sunt admise	d) Raportul dintre numărul de activități de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale în ultimul an calendaristic

## 45. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

**Art.1.** – 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 secție și farmacie.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - prescrierea unor tratamente inadecvate;
  - agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** –Etapile 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 ordin de ministru este obligatorie pentru medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. 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.

c) 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.
- d) 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 confirmați 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.
- e) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filodteia” Mizil 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.
- f) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/comorbidități altele decât diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică prevederile înscrise în reglementarea privind *"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.
- g) 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.
- h) Medicii șefi de secție au obligația de a verifica zilnic prescrierea tratamentului medicamentos pacienților internați în secție, inclusiv a celor internați în timpul gărzii și să ia măsuri adecvate, după caz, pentru fiecare situație care comportă depășirea competențelor profesionale.
- i) 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.
- j) 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 secții medicale ori farmacistul/farmacistiții din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
pentru toți pacienții externai, în situația depășirii competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos, este obligatorie informarea Consiliului medical de către șefii de secții.	a) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către șefii fiecărei secții 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;
pentru toți pacienții externai, în situația depășirii competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos, este obligatorie informarea Consiliului medical de către farmacist	b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul/ farmaciștii 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;

#### **46. Modul de respectare a intimității pacientului**

**Art.1.** – 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 Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil 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;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Potențiale reclamații ale pacienților/ vizitatorilor/ aparținătorilor;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.2.** – (1) În cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil, 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 spațiile 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, după caz, a unui sistem de semnalizare luminoasă sau a unei alte modalități funcționale de blocare a accesului în timpul consultației, efectuării unei investigații sau a unei proceduri medicale;
- d) Utilizarea spațiilor amenajate special pentru consultații individuale, existente la nivelul serviciului de urgență (Camera de gardă) al spitalului;
- e) Utilizarea de cabine de duș compartimentate;

f) Utilizarea de grup sanitar amenajat pentru persoane cu dizabilități în măsura existenței acestora pe fiecare secție;

g) Utilizarea de spații echipare/ dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele), inclusiv în incinta blocului operator.

h) Utilizarea de efecte de unică folosință (halate, chiloți) pentru pacienții care urmează să sufere intervenții chirurgicale în blocul operator.

(2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat în capitolul privind *”Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate”* din prezentul Regulament.

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit capitolului *„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 Orășenesc ”Sfânta Filofteria” Mizil aplică în mod obligatoriu prevederile privind *”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/apartinătorului.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de grup sanitar amenajat pentru persoane cu dizabilități și numărul de secții 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 secție și numărul total de saloane pe fiecare secție, are valoare de minim 70%;

c) Raportul dintre numărul de cabine de duș cu uși pe secțiile cu spitalizare continuă per numărul de saloane existente pe fiecare secție este de minim 50%;

d) Gradul de asigurare cu paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale (inclusiv blocul operator) ale spitalului raportat la numărul de situații care au impus în ultimul an calendaristic încheiat utilizarea acestor paravane, are valoare admisă egală cu 100%;

e) Numărul de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor 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.

## **47. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate**

---

**Art.1.** –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.

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o agravarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate;
- o incidente de securitate legate de acordarea asistenței medicale pacienților privați de libertate;
- o acționarea în instanță a instituției cu impact negativ în mass-media..

**Art.2.** – (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, inclusiv Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, în baza relațiilor contractuale pe care le au cu o casele de asigurări de sănătate.

(2) Persoanele private de libertate, care se adresează Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil 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 Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil în serviciul de urgență al spitalului (Camera de gardă), secțiile și compartimentele medicale, cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat, Dispensar TBC, structura de spitalizare de zi, Laboratorul de radiologie și imagistică medicală și Laboratorul de analize medicale.

**Art.3.** - În cursul spitalizării se acordă servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/ 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 Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil (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) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni cronice: Consulturile de specialitate pentru pacienții cu afecțiuni cronice se efectuează în cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat al spitalului sau Dispensarului TBC în timpul programului normal de funcționare al acestuia, pe baza programărilor prealabile efectuate de către personalul medical al instituției care deține custodia pacienților. Atunci când este cazul, investigațiile paraclinice (imagistice, biologice) indicate pentru acești pacienți se vor efectua prin laboratoarele spitalului în regim ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Responsabilitatea privind prezentarea pacienților la data și ora programării revine instituției care trimite pacienții la respectivele consultații.

c) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni acute sau cronice acutizate: Aceasta se realizează în cadrul serviciului de urgență al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil (Camera de gardă) în regim permanent. În eventualitatea în care patologia pacienților depășește competența sau sfera de specialități a personalului medical din cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, pacienții vor fi redirecționați, direct sau după stabilizarea funcțiilor vitale, către unitățile sanitare competente pentru

soluționarea cazului. Transferul pacienților privați de libertate către alte unități sanitare se va efectua fie cu mijloace de transport aparținând instituției care deține custodia pacienților, fie cu echipaje ale serviciului județean de ambulanță, atunci când starea pacientului necesită asistență medicală pe durata transportului. Modalitatea și mijlocul de transport adecvat vor fi stabilite de către medicul de gardă din cadrul serviciului de urgență al spitalului al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil.

d) Internarea pacienților:

i. Pacienții privați de libertate vor fi internați în Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil atunci când starea lor de sănătate necesită tratament medical/ chirurgical de urgență care depășește ca limită de timp durata unei internări de zi/ staționării în serviciul de urgență al spitalului. 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, sau a oricărei urgențe medico-chirurgicale. 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:

- o urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața persoanei private de libertate sau care prezintă acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
- o boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;
- o bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare;
- o 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:

- o urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme, doar în unitățile sanitare cu paturi care acordă și asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;
- o diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu;
- o 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. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice 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 ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinde:

- o servicii medicale – consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- o servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice;
- o servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni cronice;
- o servicii diagnostice și terapeutice;
- o servicii de sănătate conexe actului medical;
- o servicii de supraveghere a sarcinii și leuziei.

v. În cazul internării pacienților privați de libertate în Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, 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 instituției 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 instituției care deține custodia acestor pacienți, într-un salon cu cât mai puțini pacienți posibil.
- În cazul în care pacientul necesită internarea în A.T.I. se va asigura ținuta de protecție specifică pentru una dintre persoanele care trebuie să supravegheze permanent deținutul;

vi. 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.

vii. 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.

viii. 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 documentele medicale cele constatate și de a anunța conducerea spitalului, care sesizează de îndată procurorul.

ix. 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 Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil. Autopsia medico-legală este obligatorie și se efectuează de către medicul legist 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 Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil;
- Copia certificatului constatator al decesului, emisă de către Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil.

e) 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 Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil - 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.

f) 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.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
pentru toți pacienții din această categorie există programare	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;
există o evidență a acestora, completată la zi;	b) Există o evidență la zi a pacienților privați de libertate internați prin C.G. din totalul pacienților internați în spital, în ultimul an calendaristic încheiat;
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților privați de libertate pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
Nu sunt admise	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 acordat asistență medicală, are valoare egală cu 0(zero).

## 48. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - agravarea stării de sănătate a persoanelor cu probleme sociale / deces;
  - deficit de imagine în mass-media;
  - acționarea în instanță.

**Art.2.** – (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.3.** - 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 C.G. a unui pacient cu probleme sociale - care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, persoana care întocmește foaia de observație anunță medicul de gardă.

b) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul de gardă solicită ajutorul poliției în vederea identificării respectivului pacient.

c) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul de gardă 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.

d) 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.

e) 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 serviciului de urgență a spitalului asigură serviciile de asistență medicală de specialitate necesare respectivului pacient, funcție de necesitățile impuse de starea de sănătate a acestuia. **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul pacientului cu probleme sociale.**

f) În situația în care la data prezentării în serviciul de urgență a spitalului a unui pacient cu probleme sociale Spitalului 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 de gardă/curant, aplică prevederile respectivului parteneriat/protocol de colaborare.

g) 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, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare

**Art.4.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de rezolvare a cazurilor sociale:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
există o evidență a acestora, completată la zi;	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
există o evidență a acestora, completată la zi;	b) Există o evidență la zi a persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului preluat de serviciul de asistență socială, în ultimul an calendaristic încheiat.

## 49. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice

**Art.1.** – Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, precum și a pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale are ca principale scopuri:

- a) Stabilește traseul pacientului<sup>8</sup> în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia;
- b) Dispune în sarcina personalului spitalului responsabilități privind asigurarea continuității asistenței psihologice pentru copii după externare;
- c) Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - generarea de costuri cauzate de noncalitate (întârziere în punerea diagnosticului, neînțelegerea diagnosticului de către pacient, lipsa de complianță la tratament și/sau regim igienico-sanitar);
  - timp prelungit pentru stabilirea conduitei terapeutice și prelungirea duratei de spitalizare;
  - confuzie care poate duce la E.A.A.A.M., inclusiv decesul pacientului.

**Art.2.** – 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 identificate 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. noncomplianță la tratament,
  - iv. autoagresiune,
  - v. ideeație 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 documentele medicale și va anunța psihologul cu care spitalul are încheiat contract de colaborare (telefonic), 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 (ideeație suicidară și/sau agresivitate) ședința de evaluare va fi programată

<sup>8</sup> Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În cadrul spitalului se acordă servicii medicale pacienților din toate categoriile de vârstă, în limita specialităților medicale existente în cadrul spitalului. Nu se acordă servicii medicale copiilor care au nevoie de asistență medicală în următoarele specialități medicale: Cardiologie pediatrică; Gastroenterologie pediatrică; Nefrologie pediatrică; Neurologie pediatrică; Oncologie și hematologie pediatrică; Pediatrie; Pneumologie pediatrică; Psihiatrie pediatrică; Chirurgie pediatrică; Ortopedie pediatrică.

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 nedepășabil. Pentru pacienții cu vârsta mai mică de 18 ani, aceștia vor fi însoțiți de părinte/tutore/reprezentant legal;
- iii. 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*" (**Anexa 6 la prezentul Regulament**).
- iv. Formularul/formularele de acord semnat/e de pacient/ părinte/tutore/reprezentant legal al acestuia este/sunt atașat/e ulterior la documentele medicale ale pacientului.
- v. 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.
- vi. În situația în care starea pacientului depășește competența psihologului se redirecționează cazul spre medicul psihiatru din proximitate.
- vii. 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 (traul 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 într-un "*Raport de psihodiagnostic și evaluare clinică*" (**Anexa 7 la prezentul regulament**) care se atașează la documentele medicale alături de semnătura și parafa psihologului evaluator.

h) În mod obligatoriu psihologul cu care spitalul are încheiat contract de colaborare va recomanda acordarea asistenței psihologice pentru pacienții minori și după externarea acestora din spital, în toate situațiile în care se constată această necesitate. Recomandarea va fi menționată în documentele medicale la externare (scrisoare medicală, bilet de externare) de către medicul curant. Acordarea asistenței psihologice după externare, pentru pacienții minori se poate realiza de către psihologul cu care spitalul are încheiat contractul de colaborare sau de către oricare psiholog de proximitate, la alegerea pacientului/ aparținătorului/ reprezentantului legal.

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) În situația pacienților identificați medicul curant și/ sau psiholog cu particularități socioeconomice se anunță telefonic Direcția de Asistență Socială Mizil din cadrul Primăriei Mizil pentru asigurarea evaluării acestora de către asistenții sociali și adoptarea de măsuri, după caz.

l) Semestrial directorul medical 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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoarea maximă admisă = 0,05% din totalul cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice;	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 socioeconomice are valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților care reprezintă astfel de cazuri;
preluarea acestor solicitări este realizată în procent de 100%	b) Numărul de solicitări scrise în FOCG/FSZ/Fișă urgență ale medicilor curanți prin care aceștia semnalează 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;

## 50. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o Incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților.

**Art.2.** –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 prin biroul internări din C.E.S.M. sau prin serviciul de urgență al spitalului situație în care se emit documente medicale. În această situație accesul la respectivele documente medicale îl au, după caz – funcție de compartimentul în care se emit respectivele documente medicale, operatorii care emit respectivele documente din C.E.S.M. / serviciul de urgență al spitalului, personalul C.E.S.M., medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de urgență al spitalului care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri, după caz. În această situație accesul la documentele medicale se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul Spitalului.

b) În situația prezentării în urgență a pacienților se întocmește o Fișă urgență la care are acces registratorul medical, medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de urgență al spitalului care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz, precum și medicii care realizează consulturile

interdisciplinare. În această situație accesul la Fișa urgență a fiecărei categorii profesionale anterior menționate este limitată de competențele pe care le au în raport cu pacientul precum și de atribuțiile înscrise în fișele de post. Fișele urgență emise în serviciul de urgență al spitalului precum și celelalte documente medicale cu care se prezintă pacienții în respectivul serviciu se păstrează pe timpul procesului de evaluare și/sau tratament al acestora în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.

c) Pacienții care urmează să fie internați în regim de spitalizare continuă/de zi sunt însoțiți în structurile medicale cărora li se adresează, de către personal nominalizat anual din cadrul fiecărei structuri medicale. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale care sunt eliberate de către C.E.S.M./ serviciul de urgență al spitalului pe timpul însoțirii pacienților din C.E.S.M./ serviciul de urgență al spitalului până în structurile medicale în care aceștia se internează. La prezentarea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului. Respectivele documente medicale sunt înregistrate la nivelul structurilor medicale în registre de evidență dedicate acestui scop.

d) Pe toată durata internării 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/coordonatorii/cu atribuții de coordonare 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 (îgieno-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.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. 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. Infermieri – 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 în sala de operație și terapie intensivă.
- 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 șefă sau medicului curant al pacientului.

e) Medicii din Ambulatoriu integrat completează documentele medicale ale pacienților care se adresează pentru consulturi medicale în cadrul Ambulatoriului integrat. Respectiv documentele se păstrează în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.

f) În cadrul farmaciei spitalului, farmaciștii și asistenții de farmacie au acces la condițiile de medicamente solicitate din cadrul structurilor medicale, în baza cărora eliberează medicația prescrisă de medicii curanți pentru fiecare dintre pacienții internați.

g) 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 privind *”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.

h) 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.

i) 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 privind *”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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Nu sunt permise	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);
valoare maximă admisă = 0	b) Numărul de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 0 (zero);

## **51. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii**

**Art.1.** – Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

a) Asigurarea 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- agravarea stării de sănătate a pacientului / decesul
- limitarea opțiunilor de recuperare/reabilitare a pacientului, din cauza lipsei de informații;
- reinternarea pacienților cu aceeași afecțiune.

**Art.2.** – (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 (adresă web: <http://www.smutm.ro/index.php/informatii-pacienti/post-spitalizare>) 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, mobiliării 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 informația că detalii privind organizațiile care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se regăsesc 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 acesteia astfel încât întreg personalul medico-sanitar de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiiile 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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
toate organizațiile aflate în contract cu CAS	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)
minim 1	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.

## 52. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare

**Art.1.** – Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

- a) Stabilește datele medicale necesar 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o apariția diferențelor între datele înregistrate și cele reale.

**Art.2.** – 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 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:

- În serviciul de urgență al spitalului, pentru a înregistra urgența - datele de identificare ale pacienților
- 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 ambulatoriul integrat - 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 între orele 8,00 -

16,00 F.O.C.G. se întocmește la nivelul Biroului internări din S.E.S.M. prin completarea 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 foii 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 se listează și însoțesc pacientul pe secția unde acesta se internează.

f) Ulterior toate informațiile din F.O.C.G. se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:

- În situația internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului din linia de gardă aferentă fiecărei secții și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- 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.
- În caz de transfer intraspitalicesc se va stabili pentru o F.O.C.G. un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.
- 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, intervenții chirurgicale) 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 prindează și se introduc în F.O.C.G./ Fișa UPU. Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația că 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.
- Tabelul "Transferuri" din F.O.C.G. se completează de către asistenta medicală de serviciu în momentul venirii și plecării pacientului dintr-o secție în alta – secția menționând data și ora. Medicul curant verifică informațiile și validează prin semnătură și parafă corectitudinea datelor înscrise de asistente. Medicul curant poartă întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înregistrate în F.O.C.G.
- Orice incident care apare în legătură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. și se anunță medicul șef de secție.

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 secție 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 secția de profil, iar certificatul constatator al decesului se completează olograf de către medicul curant/medicul care constată decesul.

j) Medicul șef de secție sau persoana desemnată de către acesta are obligația de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienților internați în secție, 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**, RMC –istul 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 RMC –istul.

**Art.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
minim 50%	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%
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%
maxim 10%	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%;
minim 50%	d) Raportul dintre numărul de Planuri îngrijire adult completat conform reglementărilor interne și numărul total al Planurilor îngrijire adult anexe la F.O.C.G.. analizate, are valoare de minim 50%;

### 53. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat

**Art.1.** –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.

e) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o lipsa acordului informat al pacientului;
- o efectuarea unor manevre fără acordul pacientului.

**Art.2.** –Etapile 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/moașă, 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 va 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 îngrijeste 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 minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin rudă cea mai apropiată în sensul prezentului alineat se înțeleg, în ordine, ascendenții și rudele majore care însoțesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.
- În cazul pacientului major lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.
- În cazul pacientului major cu care medicul/asistentul medical/moașa 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.
- Potrivit prevederilor art. 661 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:
  - situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;
  - situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

ii. Informarea pacientului presupune:

- În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, asistentul medical/moașa 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/moașă. 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 major și cu discernământ care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical/moașa urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. Pacientului major și 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 reglementării "*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/moașa 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/moașa 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/moașa, 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 reglementării privind "*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*".

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 reglementării privind ”Situatii în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate” din prezentul Regulament.

**Art.3. - 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 astfel încât toate răspunsurile ulterioare menționate de către pacient nu pot fi asociate actului medical;
- e) participarea unei echipe medicale la intervenție și desemnarea 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.4. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Nu sunt permise	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;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	b) Număr personal medical instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat per număr total de personal medical;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	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.
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;

## 54. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

**Art.2.** –Etapile procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu 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, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu 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, .....declară 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”*. Pacientul va înscrie data și ora refuzului exprimat și va semna.

e) În această situație, medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCG/FSZ/Fișa urgență/documentele medicale refuzul motivat/nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus.

f) Nu în ultimă instanță medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va comunica pacientului care refuză investigații/tratamente posibile alternative terapeutice cu indicarea unităților sanitare/de îngrijire/paliație în care acesta poate fi tratat.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
100% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	a) Numărul de pacienți care declară pe formularul <i>”Acordul pacientului informat”</i> 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 B.M.C.S.M. a modului de completare a documentelor medicale);

Toți pacienții care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic, completează ulterior formularul "Acordul pacientului informat"	b) Număr de pacienți care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic și completează în acest sens formularul "Acordul pacientului informat", este de 100%.
--	--

## 55. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- lipsa de transparență decizională;
- necunoașterea nemulțumirilor / nevoilor angajaților;
- decizii eronate ale conducerii.

**Art.2.** –Etapel 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 unui număr cât mai mare de angajați, anual, de regulă în prima decadă lunii aprilie. Odată cu distribuirea acestora se face și instructajul privind modul de completare și de colectare a acestora.

d) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” distribuite se vor completa și se vor introduce în cutia de colectare special amenajată la secretariatul unității.

e) Centralizarea chestionarelor se va face de către personalul RUNOS

f) 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.

g) 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.

h) În mod obligatoriu, „Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților” se pune de către structura de resurse umane la dispoziția Sindicatului 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 Sindicatului reprezentativ, 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”.

i) 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.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
tuturor angajaților prezenți la program li se distribuie „Chestionare de satisfacție a angajatului”	a) Numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” distribuite în fiecare semestru este în raport direct cu existentul de personal al spitalului la data distribuirii acestora.
50%;	b) Raportul dintre numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” distribuite în fiecare semestru raportat la numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” colectate în aceeași perioadă de referință să fie de minim 50%;
50%	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% (în limita BVC existent)

## **56. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități**

**Art.1. - Reglementarea modului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități are ca principale scopuri:**

a) Permite culegerea de date în scopul identificării problemelor de îngrijire/diagnosticelor de îngrijire actuale sau potențiale ale pacientului, adică determinarea statusului de sănătate al acestuia.

b) Asigură o evaluare și îngrijire personalizată a pacienților.

c) Asigură o repartizare corectă a personalului medical și a personalului de îngrijire în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților de pe secții/compartimente.

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- necunoașterea statusului de sănătate al pacientului;
- repartizarea personalului medico-sanitar fără a ține cont de nevoile pacientului;
- producerea de EAAAM;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** –Etapile procesului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În prima zi de internare, asistentul medical de tură, care preia pacientul în îngrijire, notează în *“Planul de îngrijire al pacientului”*, gradul de dependență calculat prin însumarea scorurilor de dependență la internare pentru fiecare nevoie a pacientului, obținut în urma anamnezei primare. Scorul de dependență la internare se va calcula o singură dată. Scorul de dependență la internare va fi înregistrat și în *„Situția îngrijirilor la externare”*

b) Scorul de dependență din ultima zi de internare va constitui scorul de dependență la externare și este calculat de asistentul medical de tură prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi de internare pentru fiecare nevoie a pacientului. Scorul de dependență la externare va fi înregistrat și în *„Situția îngrijirilor la externare”*.

c) Lunar asistentele șefe de pe fiecare secție/ compartiment vor determina gradul mediu de dependență al pacienților internați în regim de spitalizare continuă atât pentru structurile de acută cât și pentru structurile în care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare de cronici menționate de prevederile *art. 3 alin. (6) din OMS nr. 1782/ 2006 privind înregistrarea și raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi*, astfel:

- vor centraliza pentru pacienții externați din secție/compartiment, spitalizați în regim de spitalizare continuă, din *„Situția îngrijirilor la externare”* următoarele informații:
  - numărul FOCG
  - gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență la internare
  - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului de dependență la externare sau gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi a lunii în curs pentru pacienții internați a căror externare nu se efectuează în luna respectivă
- Situația se centralizează, de către asistenții șef, în ultima zi a lunii, ocazie cu care se întocmește formularul *„Tabel grad mediu de dependență”* la nivel de secție/ compartiment pentru luna în curs, conform anexei nr. 1. În situația în care o secție include mai multe compartimente de diferite specialități clinice, *„Tabelul cu grad mediu de dependență”* se va întocmi în mod distinct pentru fiecare dintre acestea.
  - Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
  - Gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi a lunii în curs, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare/ ultima zi din lună a tuturor pacienților din cadrul

secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.

- Rezultatul acestor calcule reprezintă valoarea lunară a indicatorului „*gradul mediu de dependență la internare*”, respectiv „*gradul mediu de dependență la externare/ultima zi a lunii în curs*” pentru fiecare secție medicală/compartiment de sine stătător (acuți sau cronici).

d) Lunar, asistenții responsabili ai structurilor de spitalizare de zi<sup>9</sup> organizate distinct, vor determina gradul mediu de dependență DOAR pentru pacienții care beneficiază de serviciile de sănătate acordate în Spitalizare de zi și a căror foaie de observație se încheie la o dată ulterioară zilei de internare, pentru că doar pentru aceștia se completează plan de îngrijiri adaptat spitalizării de zi:

- vor centraliza, separat, pentru pacienții externati din secție/compartiment, spitalizați în regim de spitalizare de zi, din „*Situația îngrijirilor la externare*” următoarele informații:
  - numărul FSZ
  - gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență la internare
  - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului de dependență la externare sau gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi a lunii pentru pacienții internați a căror externare nu se efectuează în luna respectivă.
- Situația se centralizează, de către asistenții șef, în ultima zi a lunii și se întocmește formularul „*Tabel grad mediu de dependență*” la nivel de secție/compartiment pentru luna în curs.

<b>Elemente ale intervenției asistentei medicale în funcție de următoarele grade de dependență</b>			
I	II	III	IV
Independență	Dependență moderată	Dependență majoră	Dependență totală
Autonomie	Lipsa forței fizice Lipsa voinței Lipsa cunoștințelor Probleme psihice Mediu defavorabil	Existența mai multor surse de dificultate	Existența mai multor surse de dificultate
Proceduri pentru menținerea sănătății	Ajutor parțial	Ajutor permanent	Suplinire totală
<b>Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în ÎNGRIJIREA DE BAZĂ</b>			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
<b>Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în ÎNGRIJIREA TEHNICĂ</b>			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
<b>Durata medie a înregistrărilor în ÎNGRIJIRE ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE</b>			

<sup>9</sup> În situația în care spitalul dispune de structură de spitalizare de zi

Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în funcție de timpul individualizat de îngrijire <b>TOTAL ÎNGRIJIRI</b>			
Max 25 minute/24h/pacient	Max 100 minute/24h/pacient	Max 250 minute/24h/pacient	Max 500 minute/24h/pacient

- Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- Gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi din lună, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare/ ultima zi din lună a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- e) Atunci când situația o impune (situații excepționale, de urgențe medicale care necesită redistribuirea de personal din mai multe secții etc), persoana nominalizată prin decizie a managerului pentru a îndeplini prin cumul atribuțiile directorului de îngrijiri/asistent șef spital, după caz, întocmește și prezintă Consiliului medical o analiză a gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/ compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar. Această analiză se poate utiliza în decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/ compartimentelor cu paturi în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților internați.
- f) Pentru calculul gradului mediu de dependență raportat la unitatea de timp se va folosi ca și instrument SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) conform tabelului de mai jos:
- g) Corelația între cele trei categorii de îngrijire din tabelul de mai sus și cele 14 nevoi de îngrijire utilizate în "*Planul de îngrijire al pacientului*" adoptat la nivelul spitalului, este următoarea:
  - ÎNGRIJIREA DE BAZĂ (îngrijiri uzuale, autonome și/sau delegate, acordate zilnic de către personalul sanitar mediu și auxiliar zilnic) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:
    - Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
    - Nevoia de a se alimenta și hidrata
    - Nevoia de a elimina
    - Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură
    - Nevoia de a dormi și a se odihni
    - Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca
    - Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale
    - Nevoia de a fi curat, îngrijit și a proteja tegumentele și mucoasele
  - ÎNGRIJIREA TEHNICĂ (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în contextul unor intervenții delegate și sau sub supravegherea medicului) corespunde următoarelor nevoi fundamentale care se regăsesc și pentru îngrijirea de bază:
    - Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
    - Nevoia de a se alimenta și hidrata
    - Nevoia de a elimina
  - ÎNGRIJIREA ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în cazul nevoilor fundamentale

**SPITALUL ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL  
JUDEȚUL PRAHOVA**

Mizil, strada Spitalului nr. 21, județul Prahova  
Telefon/fax: 0244:250505/0244251115  
e-mail:registratura@spitalmizil.ro

**DECIZIA NR. 371  
din 19.12.2023**

privind aprobarea Actului Adițional nr. 3 al Regulamentului Intern al Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil nr. 10331/30.10.2020

Managerul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil, județul Prahova numit prin Dispoziția Primarului Oraș Mizil nr. 1042/23.12.2019

**Având în vedere :**

- Procedura operațională PO-DM-28 privind „*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*”
- Procedura operațională PO-DM-29 privind „*Modul de comunicare cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic*”
- Procedura operațională PO-DM-27 privind „*Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați și modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română*”
- Procedura operațională PO-DM-25 privind „*Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului*”
- Procedura operațională PO-DM-26 privind „*Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat*” și *modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente*”

**„În conformitate cu:**

- *Prevederile art. 241-246 din Codul muncii din 24 ianuarie 2003 (\*\*republicat\*\*) (Legea nr. 53/2003)*

**În temeiul**

- *Dispoziției Primarului Orașului Mizil nr. 1042/23.12.2019 coroborat cu articolul 40 din Codul Muncii care prevede că „angajatorul are, în principal, următoarele drepturi...să dea dispoziții cu caracter obligatoriu pentru salariat, sub rezerva legalității lor*

**DECIDE:**

**Art. 1.** Se aprobă Actul Adițional nr. 3 înregistrat sub nr. 10855/19.12.2023 la REGULAMENTUL INTERN AL SPITALULUI ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL, înregistrat sub nr. 10331/30.10.2020.

**Art. 2.** Prezenta decizie este întocmită în două exemplare originale dintre care un exemplar se va afla la decizier și un exemplar la Regulamentul Intern.



**MANAGER,**  
**ROȘU LEONARD**

Vizat,  
Cons. Juridic *Ioanita* Vasilica

Emitent,  
RUNOS: Ec. Coman Luminița

SPITALUL ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL  
JUDEȚUL PRAHOVA

NR.:10855/19.12.2023

AVIZAT,  
AUTORITATEA PUBLICĂ LOCALĂ,  
U.A.T. MIZIL  
PRIMAR,  
Ing. Jr. CĂLIN SILVIU NEGRARU

APROB  
MANAGER,  
Dr. Ec.Ing.Jr. ROȘU LEONARD



ACT ADIȚIONAL NR. 3  
LA REGULAMENTUL INTERN  
DIN CADRUL SPITALULUI ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA”  
MIZIL nr. 10331/30.10.2020

Director medical interimar,  
Dr. Soysaler Cezara Andreea



Director financiar-contabil,  
Ec.Burlacu Daniela



AVIZAT,  
Sindicatul SANITAS  
Președinte:Bălașa Cornelia



AVIZAT,  
Compartiment Juridic,  
Ioniță Vasilica





## ACT ADIȚIONAL NR. 3

**Art. 1.** Începând cu data prezentei următoarele puncte (subcapitole) ale capitolului XI „**MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE**” se vor abroga, astfel:

1. Punctul 10 privind „*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*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-28
2. Punctul 31 privind „*Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-29
3. Punctul 32 privind „*Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-27
4. Punctul 39 privind „*Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-25
5. Punctul 53 privind „*Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-26
6. Punctul 54 privind „*Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-26
7. Punctul 63 privind „*Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-27

**Art. 2.** Începând cu data prezentei punctul (subcapitolul) 16 privind „*Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul*” din Regulamentul Intern se va modifica și va avea următorul conținut:

1. –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - comunicarea cu pacientul de către persoane care nu au competență;
  - comunicarea către pacient a unor informații inexacte privind starea sa de sănătate;
  - neînțelegerea de către pacient a datelor comunicate;
  - conduită inadecvată a pacientului (nerespectarea recomandărilor).

2. –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 informațiilor legate de neefectuarea tratamentului și nerespectarea 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.

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;
    - i. 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;
      - ajutorarea pacientului în 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 dacă acesta și-a manifestat în mod expres dorința să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
      - ii. 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;
        - la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.
        - iii. Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienților! În acest sens:
          - personalul de îngrijire trebuie să-și declare 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;
  - iv. Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și stării în care acesta se află.
  - v. 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/apartinătorii 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 în altă secție;
      - 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 și 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/ moașa 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 permit exprimarea lucidă a voinței, aparținătorii sau apropiații 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/ moașa, 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.
- se pronunță doar prin a informa pacientul asupra activităților specifice din Planul de îngrijiri, conform fișei postului fiecăruia.
- 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/medicii 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 etc;
  - se pronunță doar prin a informa pacientul asupra activităților specifice din Planul de îngrijiri, în limita competențelor, 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 structuri medicale stabilește persoana/persoanele care transmit telefonic informațiile către aparținători, în acest sens fiecare structură medicală având telefon utilizabil pentru comunicarea aparținători-pacienți. În acest sens, persoanele desemnate să transmită informații către aparținători sunt: medicul curant, medicul de gardă, asistenta de serviciu (în limita competenței sale).
  - vi. În cazuri excepționale, în care vizitarea pacienților nu este permisă (situații epidemiologice speciale determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt: COVID, 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 prezentându-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, existent la nivelul fiecărei structuri medicale
  - 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.

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

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

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care	a) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat, referitoare la

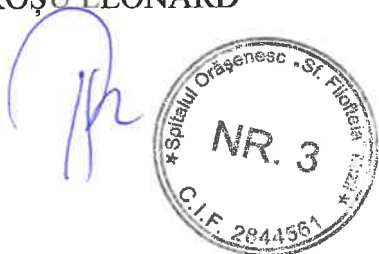


s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	fiecare dintre categoriile de personal medico-sanitar și auxiliar sanitar implicat în procesul de asigurare a asistenței medicale, să nu depășească 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
valoare maximă admisă = 0,05% din totalul angajaților spitalului;	b) Numărul de aprecieri de serviciu /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;

**Art. 3.** Prezentul Act adițional va fi postat pe intranet și pe site-ul spitalului, va fi comunicat de către RUNOS șefilor de secție/compartimente care la rândul lor vor avea obligația de a-l aduce la cunoștința salariaților din subordine.

**MANAGER,**

Dr. ec.ing. jr. ROȘU LEONARD



**PRIMAR,**

Ing. jr. CĂLIN SILVIU NEGRARU





deficitare care au ca și punct comun comunicarea) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

- Nevoia de a evita pericolele
- Nevoia de a comunica
- Nevoia de a practica religia
- Nevoia de a fi util (a fi preocupat în vederea realizării)
- Nevoia de a se recrea
- Nevoia de a învăța să-și gestioneze sănătatea

h) În situația în care se constată sincope în acordarea îngrijirilor medicale, calculul gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar se poate realiza lunar sau ori de câte ori se consideră necesar și la nivelul fiecărei secții, de către asistenta șefă, la solicitarea medicului șef de secție. În situația în care în urma efectuării acestui calcul se constată că numărul de personal sanitar mediu și/sau auxiliar este insuficient, șeful secției solicită, după caz, delegarea de personal sanitar și/sau auxiliar între compartimentele aceleiași secții sau din cadrul altei secții medicale.

i) Delegarea de personal mediu și/sau auxiliar între compartimente/secții medicale se realizează cu respectarea prevederilor „Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale” din prezentul Regulament.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile când s-a considerat necesară aplicarea procedurii	Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la delegarea între secții/compartimente de personal medical mediu și/sau auxiliar, ținându-se cont de calculul gradului mediu de dependență al pacienților la internare este direct proporțional cu numărul total de delegări efectuate;
valoarea maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal medical mediu și/sau auxiliar, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
10% din numărul total al EAAAM raportate	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;

## 57. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale

**Art.1.** –Reglementarea modului de distribuire a personalului mediu între secții/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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o îngrijiri necorespunzătoare pe secții/compartimente;
  - o producerea de EAAAM.

**Art.2.** –Etapel procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Zilnic, în zilele lucrătoare, la nivelul compartimentelor/secțiilor medicale, în raport cu numărul de pacienți programați pentru internare, numărul de potențiali pacienți internați de urgență (calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni) și numărul de pacienți internați neprogramat, șefii/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/secțiilor medicale este insuficient, șefii/coordonatorii acestora raportează directorului medical solicitând distribuirea de personal mediu din cadrul altor compartimente medicale.

c) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între secțiile/compartimentele spitalului, directorul medical solicită în acest sens aprobarea managerului spitalului. După obținerea aprobării, șeful de secție/compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă/coordonatoare din secție/compartiment să asigure instruirea, cel puțin verbală a 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.

d) De regulă, distribuirea de personal mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face între secții/compartimente cu profil asemănător (medicale/chirurgicale), ținând în mod obligatoriu cont de competențele profesionale ale respectivului personal.

e) Pentru personalul mediu care schimbă temporar locul de muncă RUNOS întocmește în cel mai scurt timp posibil decizii de delegare conforme prevederilor legale incidente, pe care le supune aprobării managerului spitalului.

f) 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 Sindicatului reprezentativ. În acest sens, se vor întruni de urgență într-o ședință personalul mediu care urmează să fie delegat cu Sindicatului reprezentativ. Cu această ocazie Sindicatul va consulta personalul mediu care urmează a fi delegat temporar. În situația că acesta din urmă își exprimă acordul de a fi delegat, Sindicatul își va da acordul pentru redistribuire, întocmind în acest sens proces-verbal de ședință. În caz contrar, Sindicatul ia act de argumentele salariaților și fac propuneri în consecință managerului spitalului.

g) 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.

h) 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 compartimente/secții medicale.

i) Personalul care în cadrul programului de lucru își desfășoară activitatea fracționat la mai multe locuri de muncă prevăzute în legislația în vigoare incidentă, cu sporuri diferite, va beneficia de sporul prevăzut pentru fiecare loc de muncă, în funcție de timpul efectiv prestat în aceste locuri. Evidența timpului lucrat efectiv, în ore și în zile, în diferite locuri de muncă unde se acordă spor în procente diferite, precum și certificarea efectuării acestuia se realizează de către șeful fiecărui/fiecărei compartiment/secții/laborator/structuri.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile când s-a considerat necesară aplicarea procedurii	a) Raportul dintre numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la distribuirea între secții/compartimente de personal mediu, ținându-se cont de competențele profesionale și numărul total de distribuiri efectuate, să aibă valoarea egală cu 1;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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 = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
valoare maximă admisă = 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 = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
10% din numărul total al EAAAM raportate	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;

## 58. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile

**Art.1.** – Reglementarea modului de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/ indisponibile are ca principale scopuri:

a) Stabilește reguli de organizare eficace și eficiență a serviciului de urgență al spitalului (Camera de gardă) și a secțiilor medicale în situații în care se constată că nivelul de competență și/sau dotare al acestora este insuficient pentru asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

**Art.2.** – Etapele procesului de transfer interclinic pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, compartimentul juridic din cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil încheie un acord de colaborare sau un act adițional la acordul de colaborare existent cu Spitalul Județean de Urgență Ploiești și Spitalul de Pediatrie Ploiești, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*. Obiectul respectivului acord de colaborare îl constituie transferul interclinic<sup>10</sup> al pacienților. După caz, anual, Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil poate încheia acorduri de colaborare similare și cu alte spitale din arealul deservit, pornind de la premisa că acestea se pot regăsi în situația de a avea în anumite specialități medicale un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil sau că există patologii neacoperite de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.

b) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui acord de colaborare, acestea se vor multiplica și distribui secțiilor medicale, Ambulatoriului integrat și serviciul de urgență al spitalului (Camera de gardă), personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.

c) În baza acordurilor de colaborare încheiate responsabilitatea de evaluare a pacienților și organizarea transferului interclinic al acestora revine:

i. În timpul programului normal de lucru: șefilor de secții/ compartimente sau înlocuitorii legali ai acestora, pentru pacienții internați și respectiv medicul din Camera de gardă pentru pacienții prezentați în urgență;

ii. În afara programului normal, medicii din liniile de gardă ale spitalului.

d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evalueze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot influența negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi consemnate în fișa pacientului. Originalul sau o copie a acestei fișe însoțește pacientul la unitatea unde acesta este transferat.

e) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului are obligația să îl informeze pe acesta sau pe aparținătorii acestuia asupra riscurilor și a beneficiilor transferului, consemnând această informare. Acceptul pacientului sau al aparținătorilor se obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar fi în detrimentul pacientului. În cazul în care acceptul pacientului sau al aparținătorilor nu poate fi obținut, acest lucru este documentat și motivele sunt explicate în documentele medicale ale pacientului.

f) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului evaluează starea acestuia, necesitatea transferului, momentul transferului, modalitatea transportului, nivelul asistenței medicale pe durata transferului (competențele echipajului și dotarea necesară) și destinația transferului, având ca scop final asigurarea îngrijirilor medicale optime pacientului transferat, fără întârziere nejustificată. În situația în care spitalul la care se solicită transferul pacientului refuză să accepte din lipsa locurilor, acestuia îi revine obligația de a găsi un loc într-un spital care deține competențe și condiții de investigații și tratament cel puțin egale cu nivelul propriu.

g) Acceptul pentru transfer se obține de la spitalul care primește pacientul, înaintea începerii transferului, cu excepția cazurilor în care pacientul necesită un transfer de urgență, fiind instabil hemodinamic sau în pericol vital eminent.

h) Documentația ce cuprinde starea pacientului, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, medicația administrată, cu specificația dozelor și a orelor de administrare, consulturile de specialitate etc.

<sup>10</sup> 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

este copiată sau trimisă în original spitalului care primește pacientul. În situația în care este posibil, documentația poate fi trimisă și prin poșta electronică. Investigațiile imagistice efectuate/ existente în dosarul pacientului (CT, RX, RMN, angiografii etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.

i) În vederea organizării transferului interclinic medicului responsabil îi revin următoarele reponsabilități:

- i. identifică pacientul cu indicație pentru transfer;
- ii. inițiază procesul de transfer, prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;
- iii. asigură stabilizarea maximă posibilă a pacientului, în limita posibilităților existente în cadrul spitalului;
- iv. determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul; transferul se poate face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia;
- v. evită întârzierile nejustificate din punct de vedere medical;
- vi. asigură păstrarea unui nivel adecvat și constant de îngrijire pe durata transferului, până la preluarea pacientului de către medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a competențelor echipajului și a nivelului de dotare necesară pentru realizarea în cele mai bune condiții a transferului;
- vii. transferă documentația și rezultatele investigațiilor pacientului către unitatea primitoare.

j) Înaintea efectuării transferului pacientul este reanimat și stabilizat în limita posibilităților, evitând întârzierile nejustificate, manevrele de stabilizare, atunci când există indicație, fiind cele prevăzute de pct. 3. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

k) Medicul care solicită transferul se asigură că pe timpul acestuia sunt asigurate condițiile prevăzute de pct. 4. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

l) Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul sunt cele prevăzute de pct. 5. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

m) Fișa medicală de transfer întreclinic a pacientului critic, al cărui model se regăsește în Anexa nr. 3 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, se completează de către medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalul care urmează să primească pacientul la numere de fax/ telefon. prestabilite și/ sau adresă de e-mail prestabilite prin acorduri de colaborare, după caz. În caz de urgență medicul solicitant poate înmâna fișa echipajului care efectuează transferul la predarea pacientului, el fiind obligat să trimită o copie spitalului primitor înaintea sosirii pacientului la destinație. O copie a acestei fișe rămâne în serviciul care solicită transferul.

n) Materialele sanitare și medicamentele necesare pe durata transferului pacientului, inclusiv produsele sanguine, dacă este cazul, sunt asigurate, pentru toata durata transferului, de către Spitalul Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil – ca unitate sanitară care solicită transferul, urmând ca echipajul de transfer să predea materialele și medicamentele rămase neutilizate medicului din unitatea care primește pacientul, acestea fiind trecute în fișa pacientului.

o) În cazul pacienților considerați netransportabili din cauza stării lor clinice, dar al căror transfer către o altă unitate sanitară reprezintă unica șansă de salvare a vieții lor, decizia asupra efectuării transferului se ia de către medicii din spitalul în care se află pacientul la momentul respectiv, de comun acord cu medicii din spitalul la care urmează a fi trimis pacientul și cu serviciul care urmează să efectueze transferul. În aceste situații, medicul sau medicii care decid transferul în beneficiul pacientului explică

situația și riscurile acestui transfer familiei, care își va da acordul. În lipsa familiei, aceasta va fi reprezentată de medicii din Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil.

p) În cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil se asigură accesul permanent al personalului medical la un canal de comunicare (fax, email, etc) funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7. Coordonatorul serviciului de urgență (Camera de gardă) al spitalului are obligația de a asigura numere de contact actualizate a tuturor potențialelor spitale/servicii care pot fi implicate în transferul interclinic al pacienților critici.

q) De asemenea, prin grija coordonatorului serviciului de urgență (Camera de gardă) a spitalului, la nivelul acestuia există evidența actualizată permanent a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil.

**Art.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:**

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
minim 1	a) Există încheiat, permanent, cel puțin 1 acord de colaborare, în termen de valabilitate, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;
în toate situațiile în care se impune	b) Numărul de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din secții ale spitalului în alte spitale este direct proportional cu numărul de situații care au impus aceste transferuri;
în toate situațiile în care se impune	c) Raportul dintre numărul de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din C.G. în alte spitale și numărul de situații care au impus aceste transferuri, are valoare egală cu 1;
în toate situațiile	d) Numărul de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic pentru care au fost întocmite Fișe medicale de transfer întreclinic a pacientului critic în raport este direct proportional cunumărul de pacienți transferați interclinic;

## **59. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești**

**Art.1. –Reglementarea procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului (Camera de gardă) și serviciile de urgență prespitalicești are ca principale scopuri:**

- a) Eficientizarea procesului de îngrijire a pacientului în situații de urgență;
- b) Elimină/ tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

**Art.2. – Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:**

a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare<sup>11</sup> - scopul acestuia este transferul unui echipaj medical spitalicesc, cu dotarea necesară, la locul unde se află un pacient în stare critică, în vederea acordării de asistență medicală de urgență calificată, precum și transferul interclinic al pacienților aflați în stare critică.

b) Serviciul de Ambulanță Județean Prahova<sup>12</sup> – asigură, după caz, asistență medicală de urgență prespitalicească, consultații medicale de urgență, și transport sanitar neasistat.

c) Ambulanțe private – asigură la cerere transport sanitar asistat și neasistat.

**Art.3.** – Etapele procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Transferul interclinic al pacientului critic se realizează de regulă potrivit prevederilor privind *“Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/ indisponibile”* din prezentul Regulament. Atât S.M.U.R.D. cât și S.A.J. Prahova pot transporta pacienți critici către serviciul de urgență al spitalului al Spitalul Județean de Urgență Ploiești la cererea pacientului sau în lipsa acesteia, în ambele situații decizia finală aparținând medicului de pe ambulanță care apreciază că în cadrul Spitalul Județean de Urgență Ploiești există nivelul de competență și/sau dotare necesar acordării asistenței medicale de specialitate în raport cu patologia prezentată de către respectivii pacienți.

b) Anual, compartimentul juridic din cadrul Spitalului Orășenesc ”Sfânta Filoftea” Mizil încheie un contract de colaborare sau un act adițional la contractul de colaborare existent cu S.A.J. Prahova, având ca obiect furnizarea următoarelor servicii medicale:

- i. Transfer asistat și neasistat, cu excepția pacientului critic;
- ii. Transport pentru consult interdisciplinar asistat și neasistat;
- iii. Transport sânge pentru reținer de stoc;
- iv. Transportul personalului medical și a altui personal;
- v. Externări asistate în jud. Prahova și în alte județe, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul cadru;
- vi. Alte servicii medicale de urgență și transport sanitar nedecontate de casa de asigurări, furnizate la cererea spitalului sanitar, sau după caz, a pacientului, situație în care costurile sunt suportate de acesta din urmă.

c) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de colaborare, acestea vor fi multiplicat și distribuite secțiilor, Ambulatoriului integrat și serviciul de urgență al spitalului (Camera de gardă), personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin respectivul contract.

d) Pentru pacienții care sunt transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cadrul Spitalului Orășenesc ”Sfânta Filoftea” Mizil, respectivele servicii vor preda pacienții (cod ”Roșu”, cod „Galben”, cod „Verde”, cod „Albastru”), după caz, asistentului medical de triaj sau unui medic de gardă din cadrul serviciului de urgență al spitalului (Camera de gardă). La predarea respectivilor pacienți se va preda și o fișă medicală a acestora, completată de șeful echipajului de urgență prespitalicească și semnată de acesta.

e) Personalul serviciului de urgență al spitalului are obligația să preia pacienții transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cel mai scurt timp posibil, eliberând echipajul respectiv în cel mult 15 minute de la sosirea în cadrul serviciului de urgență al spitalului (Camera de gardă).

f) Medicii din Camera de gardă din spital nu au dreptul de a reține echipajele serviciilor de urgență prespitalicești, cu excepția cazului în care se constată că pacientul adus de acestea se află în stare critică iar resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/ indisponibile, necesitând transfer imediat către o altă unitate sanitară, situație în care se va obține acordul dispeceratului medical care coordonează echipajul respectiv.

<sup>11</sup> În continuare: „S.M.U.R.D.”

<sup>12</sup> În continuare : „S.A.J.” \_\_\_\_\_.

g) Echipajele care transportă pacienți aflați în stare critică au obligația să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii, și să aducă la cunoștința personalului din serviciul de urgență al spitalului (Camera de gardă), direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.

h) Personalul serviciului de urgență al spitalului (Camera de gardă) are obligația, pe baza informațiilor primite de la echipajele de urgență prespitalicească, de a se pregăti în prealabil, în raport cu nivelul de competență și în conformitate cu protocoalele spitalului, inclusiv specialitățile care trebuie să fie prezente în mod obligatoriu la sosirea cazului.

i) În cazul unor disfuncționalități sau în cazul în care echipajele de urgență prespitalicească nu respectă competențele sau protocoalele/acordurile existente, medicul aflat de gardă în serviciului de urgență al spitalului (Camera de gardă) are obligația de a informa în scris conducerea serviciului de ambulanță sau, după caz, medicul-șef al SMURD despre problemele respective.

j) Structurile medicale din cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, care din varii motive au nevoie de asigurarea serviciilor medicale de transport, au obligația să solicite în scris sau telefonic respectivele servicii, cu cel puțin 3 ore înaintea efectuării acestora și să aștepte confirmarea apelului din partea SA.J. Prahova. În cazul în care transportul pacientului se face în alt județ, solicitarea se face cu minim 24 de ore înainte. Pentru servicii medicale de transport care urmează a fi decontate de către Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, în mod obligatoriu, anterior de contactarea acestora, se va cere aprobarea directorului medical și a managerului spitalului.

k) Transportul sanitar asistat și neasistat al pacienților cu ambulanțe private spre/ dinspre Spitalul Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, se realizează în mod obligatoriu doar după obținerea de către dispeceratul acestora a unui aviz medical prealabil din partea unui medic curant din cadrul spitalului, la solicitarea expres formulată a unui pacient.

**Art.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare dintre camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești sunt următorii:

- a) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- b) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- c) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- d) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la Camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- e) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la Camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.

## **60. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă**

---

**Art.1.** –Reglementarea procesului de preluare a pacienților în Compartimentul A.T.I. (postoperator) are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de predare-preluare a cazului aplicând o modalitate de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de pacient;

- b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de internare/admisie în Compartimentul A.T.I. (postoperator);
- c) Eliminã / trateazã urmãtoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o agravarea stãrii de sãnãtate / decesul pacientului neadmis în Compartimentul A.T.I. (postoperator)
  - o acuzații de malpraxis în situația medicilor care nu aplicã criteriile clinice de prioritizare la admiterea pacienților în Compartimentul A.T.I. (postoperator).

**Art.2.** –Etapele procesului de preluare/admisie a pacienților în Compartimentul A.T.I. (postoperator) a Spitalului Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil presupun derularea urmãtoarelor activități și exercitarea urmãtoarelor responsabilitãți:

a) Compartimentul ATI al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil prezintã în structurã un pat pentru îngrijiri postoperatorii, conform avizului MS și ASF. Personalul de specialitate este format din un singur medic ATI, care își desfășoarã activitatea în baza unui contract de prestãri servicii și doar atunci când existã program operator.

b) Preluarea și admisia pacienților în Compartimentul A.T.I. (postoperator) al Spitalului Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil se realizeazã în baza urmãtoarelor criterii de admisie:

**A. Criterii clinice si paraclinice de admisie:**

- Sistem cardiac:
  - probabilitate de infarct miocardic;
  - infarct miocardic stabil hemodinamic;
  - aritmii acute cu stabilitate hemodinamica;
  - oricare pacient stabil hemodinamic, fara evidenta de infarct miocardic, care necesita pacemaker temporar sau permanent;
  - insuficienta cardiaca congestiva moderata (clasa I, II Killip);
  - urgentele hipertensive fara evidenta de complicatii organice.
- Sistem pulmonar:
  - pacienti stabili cu suport ventilator, pentru desprindere de ventilator;
  - pacienti stabili hemodinamic cu compromiterea schimburilor gazoase pulmonare si boala concomitenta cu potential de agravare a insuficientei respiratorii, care necesita urmarire si/sau administrare continua de oxigen;
- Tulburari neurologice:
  - pacienti cu accident vascular cerebral care necesita urmarire continua sau aspiratie frecventa ori schimbarea frecventa a pozitiei;
- Tulburari gastrointestinale:
  - sangerari gastrointestinale cu hipotensiune ortostatica ce raspunde la terapia volemica;
  - pacienti cu sangerare din varice esofagiene fara semne de sangerare activa si stabilitatea semnelor vitale;
  - insuficienta hepatica acuta cu semne vitale stabile.
- Tulburari endocrine:
  - pacienti cu cetoacidoza diabetica necesitand administrarea continua de insulina in perfuzie pentru stabilizare in faza de recuperare dupa coma cetoacidotica;

**B. Criterii chirurgicale de admisie:**

- pacienti in stare postoperatorie, dupa chirurgie, stabili hemodinamic, care necesita resuscitare hidroelectrolitica pentru perturbari volemice majore in timpul interventiei;
- orice pacient chirurgical in perioada postoperatorie care necesita urmarire continua in primele 24-48 de ore.

**C. Diverse:**

- sepsis precoce tratat adecvat si fara evidenta de soc sau disfunctii organice;
- pacienti necesitand terapie fluida intravenoasa continua titrata;
- paciente obstetricale pentru tratamentul preeclampsiei/eclampsiei sau alte probleme medicale;
- alte categorii de pacienti care necesita urmarire continua sau tratament frecvent al plagilor (de exemplu: boala Addison, insuficienta renala, delirium tremens, hipercalcemie etc.).

c) În cazul în care numărul potențialilor beneficiari de terapie intensiva postoperatorie depășește capacitatea secției este necesar un triaj. Triajul se recomandă a fi făcut pe baza criteriilor de prioritați medicale prezentate mai sus. Decizia de triaj aparține medicului ATI sau coordonatorul Compartimentului chirurgie generală/ înlocuitor legal, după caz, și trebuie făcută explicit.

d) Vârsta, originea etnică, rasa, sexul, statutul social, preferințele sexuale sau starea financiară a pacienților nu trebuie să influențeze decizia de triaj.

e) Situațiile de conflict de opinii vor fi analizate de către Consiliul etic al Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil.

f) Predarea pacienților din Compartimentul A.T.I. (postoperator) către o secție non-A.T.I se face în baza formularului de "Fișă de predare-primire a pacientului într-o secție non-A.T.I" al cărui model se regăsește în Anexa nr. 7 la O.M.S. 398/2019 pentru aprobarea Ghidului privind siguranța pacientului în anestezie-terapie intensivă.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de preluare a pacienților în Comp. A.T.I. sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Întotdeauna când situația o impune	a) Raportul dintre numărul de ședințe ale Consiliului etic al spitalului care au ca subiect conflictul de opinii în legătură cu criteriile de preluare a pacienților în structurile A.T.I., în ultimul an calendaristic încheiat și situațiile care impun derularea acestor ședințe, are valoare egală cu 1;
Valoare maximă admisă=0	b) Numărul de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în structurile A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic încheiat, raportat la numărul de situații care au impus transferul, are valoare egală cu 0 (zero);
Valoare maximă admisă=0	c) Raportul dintre numărul de situații în care medicii nu au aplicat criterii clinice de prioritizare la admisia pacienților în structurile A.T.I., din numărul total de astfel de transferuri în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 0(zero);
Valoare maximă admisă=1	d) Număr de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a spitalului determinate de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în structurile A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic încheiat din numărul total de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a spitalului, are valoare maximă admisă egală cu 1;

## **61. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.**

---

**Art.1.** – Reglementarea accesului și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I. (postoperator) are ca principale scopuri:

a) Stabilește măsurile de prevenire a I.A.A.M. pentru personalul din cadrul Compartimentului A.T.I. (postoperator) care asigură asistență medicală de specialitate pacienților infectați cu bacterii multidrog rezistente sau cu afecțiuni cu contagiozitate crescută.

b) Stabilește măsurile de prevenire a contaminării infecțioase a pacienților cu imunitate compromisă ce necesită izolare.

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- contaminarea mediului spitalicesc cu bacterii multidrog rezistente
- producerea de I.A.A.M;
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

**Art.2.** – Etapele procesului de acces și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I. (postoperator) presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Compartimentul A.T.I. (postoperator) din Spitalul Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil, care are în structură (conform Avizului MS și ASF) doar un pat, devine, prin grija medicului ATI sau a coordonatorului Compartimentului chirurgie generală/ înlocuitor legal, o rezervă de izolare pentru următoarele cazuri/situații care necesită izolare epidemiologică severă, astfel:

- i. pacienți susceptibili/ confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente;
- ii. pacienți cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată;
- iii. pacienți în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc);
- iv. pacienți cu imunitate compromisă.

b) Prin grija medicului A.T.I., a coordonatorului Compartimentului chirurgie generală și a responsabililor din cadrul structurii Administrativ a Spitalului Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil, în cadrul spațiului dedicat pentru izolarea pacienților, se asigură următoarea infrastructură, în funcție de buget:

- i. grup sanitar propriu (toaletă, chiuvetă și duș) cu dotări pentru pacienți cu dizabilități și sistem de alarmare;
- ii. uși care să permită accesul cu targa și fără praguri;
- iii. sistem de alarmare la nivelul patului;
- iv. sistem de semnalizare vizuală a încăperii destinate izolării;
- v. sistem de igienizare a mâinilor la intrarea (pe exterior) și ieșirea din salon (în interiorul salonului);
- vi. în situația că respectiva rezervă este cu un singur pat se asigură program adaptat și afișat de vizitare a pacientului de către personalul medical;
- vii. program de igienizare a salonului afișat și adaptat condițiilor de izolare.

c) Personalul medico-sanitar care asigură asistență medicală/ îngrijirea pacientului care necesită izolare epidemiologică severă ce este internat în respectiva rezervă, are obligația de a lua următoarele măsuri de protecție:

- i. Dezinfecția mâinilor se realizează cu soluția dezinfectantă, timp de 30 de secunde/până la uscare, înainte de intrarea în rezervă, după acordarea de îngrijirilor precum și înaintea ieșirii din rezervă.
- ii. Ca echipament de protecție se va utiliza: suprabluză (halat textil sau impermeabil) - pentru îngrijiri cu risc de contaminare, mănuși (curate, nesterile), mască, capelină. În mod obligatoriu echipamentul de protecție menționat se îmbracă înainte de intrarea în salon și, după utilizare,

- echipamentul se va colecta în recipientul pentru deșeurilor contaminate situat în interiorul rezervei, în imediata proximitate a ieșirii din respectiva rezervă.
- iii. Materialul medico - chirurgical va fi pe cât posibil de unică folosință, iar în cazul utilizării la mai mulți pacienți, acesta se va decontamina imediat după folosire (stetoscop, termometru etc).
  - iv. F.O.C.G. sau alte documente medicale nu se vor introduce în spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.
  - v. Lichidele biologice (ex: urina) – nu se păstrează decât în caz de necesitate (teste biochimice), în borcane prevăzute cu capac, care se arunca la deșeuri biologice imediat după analizarea probelor/ golire;
  - vi. Dezinfecția curentă se realizează conform programului de igienizare a rezervei afișat și adaptat condițiilor de izolare. Dezinfecția finală se realizează la eliberarea rezervei.
  - vii. Transportul bolnavului la explorări diverse se face doar după anunțarea serviciului respectiv pentru programarea bolnavului ținând cont de statusul pacientului care necesită izolare epidemiologică severă și de condițiile de izolare tehnică pe care trebuie să o aplice respectivul serviciu.

**Art.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a accesului și regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Comp. A.T.I. sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	a) Raportul dintre numărul de instruiți realizate în ultimul an calendaristic specifice procesului de acces, regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al structurii A.T.I. și numărul total de astfel de instruiți planificate, are o valoare egală cu 1;
Valoare maximă admisă=0	b) Raportul dintre numărul de I.A.A.M. înregistrate în structurile A.T.I. pentru care există suspiciuni/se face dovada producerii ca urmare a nerespectării măsurilor de siguranță specifice necesar a fi luate de către personalul care are acces la rezerva pentru izolarea pacienților susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente și numărul total de I.A.A.M. produse în aceste structuri, este egal cu 0 (zero);
Rezerva pentru cazurile care necesită izolare epidemiologică severă (pentru pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente, precum și pentru pacienții cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată, a pacienților în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc) sau a pacienților cu imunitate compromisă) are asigurată infrastructura minim obligatorie prevăzută de prezenta reglementare în permanentă stare de funcționare.	c) Rezerva pentru cazurile care necesită izolare epidemiologică severă (pentru pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente, precum și pentru pacienții cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată, a pacienților în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc) sau a pacienților cu imunitate compromisă) are asigurată infrastructura minim obligatorie prevăzută de prezenta reglementare în permanentă stare de funcționare.

## 62. Accesul în Compartimentul A.T.I. (postoperator) și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia

---

**Art.1.** –Reglementarea accesului în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia are ca principale scopuri:

- a) Stabilește reguli de conduită pentru aparținători/vizitatori.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o producerea de I.A.A.M.
  - o agravarea stării de sănătate a pacienților.

**Art.2.** – Accesul în Compartimentul A.T.I. (postoperator) și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru a limita accesul în Compartimentul A.T.I. (postoperator) a Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, ușile de acces în acesta se prevăd cu sisteme de acces cu cartele, prin grija serviciului Administrativ al spitalului.

b) Accesul vizitatorilor/aparținătorilor și a personalului medical din alte secții în Compartimentul A.T.I. (postoperator) se face doar dinspre Compartimentul chirurgie generală. În acest sens, ușa respectivă este prevăzută cu sonerie care să permită vizitatorilor să se anunțe înainte să primească autorizația să intre în Compartimentul A.T.I. (postoperator).

c) În situația nefuncționării sistemului de acces cu cartele precum și a soneriei de la ușa de acces, personalul Compartimentului A.T.I. (postoperator) are obligația de a solicita prin medicul A.T.I. sau coordonatorul Compartimentului chirurgie generală/ înlocuitor legal remedierea cât mai urgentă a defecțiunilor constatate.

d) În zona de acces a Compartimentului A.T.I. (postoperator) este asigurat un filtru pentru echiparea vizitatorilor/aparținătorilor, inclusiv a personalului medical din alte structuri medicale. Funcționarea respectivului filtru și asigurarea acestuia cu echipament de protecție adecvat pentru vizitatori/aparținători, inclusiv pentru personalul medical din alte secții, este în responsabilitatea asistentului cu atribuții de coordonare din Compartimentul chirurgie generală.

e) Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în Compartimentul A.T.I. (postoperator) este condiționat de un triaj epidemiologic care se realizează de către personalul care își desfășoară activitatea în cadrul compartimentului, prin completarea registrului privind "*Evidența triajului epidemiologic al vizitatorilor/aparținătorilor în cadrul Compartimentului A.T.I.*" (conform indicațiilor înscrise în acesta) care se află în zona-filtru de acces al Compartimentului A.T.I. (postoperator).

f) Întreg personalul medical care desfășoară activități în Compartimentul A.T.I. (postoperator) precum și din cadrul celorlalte structuri medicale ale Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil, are obligația de a efectua triajul epidemiologic zilnic, acesta fiind consemnat în registrele special destinate acestui scop care se completează de către asistentele șefe/ înlocuitorii desemnați ai acestora. Șefii structurilor medicale din cadrul Spitalului Orășenesc "Sfânta Filofteia" Mizil răspund de efectuarea de către asistentele șefe/ înlocuitorii desemnați ai acestora a triajului zilnic al personalului din subordine și declararea oricărei suspiciuni de boala transmisibilă către compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.

g) Vizitarea pacienților în Compartimentul A.T.I. (postoperator) este permisă zilnic doar membrilor familiei, respectiv părinți, copii, surori/frați, cu condiția ca vizita să se facă individual sau cel mult două persoane. Pe timpul vizitei/prezenței în Compartimentul A.T.I. (postoperator) aparținătorii au obligația de a avea un comportament civilizat, să vorbească cu un ton scăzut și să respecte indicațiile personalului medico-sanitar din secție. Pe timpul vizitei este interzisă utilizarea telefoanelor mobile, acestea vor fi setate pe modul silențios.

h) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților în stare terminală, familia are dreptul de a vizita pacientul indiferent de oră, sau poate solicita prezența permanentă lângă acesta a unui singur membru de familie, cu acordul medicului ATI și a coordonatorului Compartimentului chirurgie generală, cu păstrarea conduitei menționată la litera g).

i) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților internați care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate și/sau prezintă tulburări cognitive ce implică risc de agresiune și/sau autoagresiune (demențe) accesul unei persoane poate fi permanent cu acordul medicului ATI și a coordonatorului Compartimentului chirurgie generală, cu păstrarea conduitei menționată la litera g).

j) Durata vizitei pacienților în Compartimentul A.T.I. (postoperator) este de maxim 15 minute. La finalul intervalului orar de vizită asistenta șefă/ înlocuitorul desemnat al acesteia și/sau asistentul medical de tură va anunța acest fapt vizitatorilor.

k) Programul de vizită al aparținătorilor pacienților internați în Compartimentul A.T.I. (postoperator) se realizează potrivit hotărârii Consiliului Medical. Respectivul program orar este afișat atât pe ușa de acces în Compartimentul A.T.I. (postoperator) cât și pe site-ul spitalului, prin grija asistentei medicale din Compartimentul A.T.I. (postoperator) și a personalului din structura informatică.

l) În situații excepționale (epidemii, carantină) vizitarea pacienților internați în cadrul Compartimentul A.T.I. (postoperator) va fi strict interzisă, aspect ce se va comunica în timp util pacienților internați în cadrul secției (pentru a exista posibilitatea de comunicare către aparținători) și prin afișare la intrarea în secție precum și pe site-ul spitalului.

m) În cadrul Compartimentul A.T.I. (postoperator), cât și pe site-ul spitalului, este afișat un număr de telefon prin care se asigură informarea familiei de către medicul curant sau medicul de gardă despre starea și evoluția pacientului. Aparținătorii vor fi informați despre acest număr de telefon la internarea sau la transferul pacientului în secția respectivă, prin grija personalului medico-sanitar din Compartimentul A.T.I. (postoperator) care realizează efectiv transferul.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de admitere a accesului în Compartimentul A.T.I. (postoperator) și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia sunt următorii:

a) Raportul dintre numărul de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic încheiat datorate neefectuării triajului epidemiologic la intrarea de acces în structurile A.T.I. și numărul total de I.A.A.M. produse în aceste structuri, este egal cu 0 (zero).

b) Numărul de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor datorate nerespectării programului de vizite al structurii A.T.I. în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul structurilor A.T.I.

## **63. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română**

---

**Art.1.** –Reglementarea modalității de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română are ca principale scopuri:

a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
- reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

**Art.2.** –Etapile procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul spitalului este întocmit un *"Tabel – nominal cu vorbitorii de limbi străine"*. Respectivul tabel-nominal conține următoarele informații pentru fiecare din persoanele cunoscătoare de limbi străine: numele și prenumele; funcția; numărul de telefon; limbi străine cunoscute; nivelul de cunoaștere al limbii/limbilor străine cunoscute pentru înțelegere, vorbit și scriere (utilizator elementar; utilizator independent; utilizator experimentat);

b) Respectivul tabel va fi distribuit secțiilor/compartimentelor existente în cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil;

c) În timpul programului orar de dimineață, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în urgență are nevoie de un translator, directorul medical (anunțat de oricare dintre medicii), după caz (în funcție de momentul din zi în care apare această necesitate) va lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"*, apelând la aceasta să se prezinte la structura medicală în care se află internat / prezentat pacientul.

d) În afara programului orar de dimineață din zilele lucrătoare, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în urgență are nevoie de un translator, medicul de gardă va solicita aprobarea managerului de a lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"* și de a-i solicita să se prezinte la structura medicală în care se află internat pacientul.

e) Indiferent de momentul zilei în care se constată necesitatea chemării la program a uneia dintre persoanele înscrise pe *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"* medicul de gardă va solicita prezentarea la spital a uneia dintre persoanele înscrise pe *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"* luând în considerare următoarele criterii de prioritizare:

- i. Existența la programul orar a respectivei persoane;
- ii. Se va verifica dacă aceasta se află la domiciliu sau dacă beneficiază de concediu de odihnă, recuperare, învoiri, etc;
- iii. Diagnosticul prezumtiv al pacientului, pentru a identifica specialitatea medicală căreia i se adresează patologia pacientului pentru care este necesar să se asigure translația (informații furnizate de către medicul de gardă);
- iv. Profesia / funcția pe care este încadrată persoana înscrisă pe *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"*. Ordinea în care se va apela la serviciul de translator va fi: 1. Medic; 2. Asistent medical; 3. Alte profesii;
- v. Nivelul de cunoaștere al limbii străine în care este necesar să se facă translația, de către persoanele înscrise pe *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"*.

f) Prezentarea la program în afara timpului normal de lucru a persoanei solicitate în vederea efectuării de translație se va consemna în documentele liniei de gardă, urmând ca timpul lucrat peste program (la care se adaugă timpul necesar deplasării de la / la domiciliu la / de la spital) să fie recuperat ulterior de către respectiva persoană la solicitarea acesteia.

g) Personalul structurii de resurse umane are obligația de a actualiza permanent *"Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine"* existent la fiecare dintre liniile de gardă, pe măsura completării dosarelor personale ale sariaților cu competențe care certifică dobândirea de competențe lingvistice, precum și în situația încadrării funcțiilor vacante de personal.

h) În situația în care nu există personal propriu din cadrul Spitalului, cunoscător al limbii străine în care este necesar să se realizeze conversația cu pacientul nevorbitor de limbă română sau nivelul de cunoaștere al respectivei limbi străine este insuficient, spitalul va apela la traducători autorizați cu care are încheiate protocol de colaborare.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
în toate situațiile când s-a considerat necesară aplicarea procedurii	a) Raportul dintre numărul de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație de către personalul propriu al spitalului înscris pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" întocmit în acest sens și numărul de situații care au reclamat astfel de servicii, are valoare egală cu 1;
în toate situațiile când s-a considerat necesară aplicarea procedurii	b) Numărul de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație de către traducători autorizați este direct proportional cu numărul de situații care au reclamat astfel de servicii;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	c) Raportul dintre numărul de reclamații ale pacienților datorate neacordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acesteia, 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;

## 64. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere

**Art.1.** – Reglementarea procesului de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere are ca principale scopuri:

- a) Asigură implementarea unor măsuri de gestionare a riscului de iradiere;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o apariția unor boli profesionale prin expunere externă la radiații a întregului corp.

**Art.2.** – La nivelul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil următoarele spații se constituie în zone cu risc de iradiere:

- a) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu post-grafie Del IMS
- b) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu post-grafie MULTTI RADIOGRAPHY SYSTEM

**Art.3.** – Etapele procesului de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Întregului personalul al Laboratorului de radiologie și imagistică medicală din cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil (în calitate de titular al autorizației) care își exercită parte dintre atribuțiile înscrise în fișa de post în apropierea zonelor cu risc de iradiere sau, prin natura atribuțiilor intră pentru perioade scurte în aceste zone, inclusiv pentru efectuarea curățirii și/sau decontaminării acestora, i se acordă în mod gratuit - de către spital, echipament individual de protecție la radiații care se acordă suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă respectiv. Echipamentul individual de protecție acordat unei persoane trebuie să asigure protecția acesteia împotriva tuturor factorilor de risc care acționează asupra sa în timpul îndeplinirii sarcinii de muncă.

b) Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil, prin structura Administrativ în colaborare cu Biroul achiziții și contractări, este obligat să asigure, în afara echipamentului individual, mijloacele de protecție colectivă la radiații ionizante (ecrane de protecție fixe sau mobile, nișe etc.) și materialele și mijloacele necesare decontaminării suprafețelor, echipamentelor de protecție la radiații și a corpului uman.

c) Obligațiile pe care le are Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil, responsabilii cu securitatea radiologică și persoanele care beneficiază de echipament individual de protecție la radiații în raport cu activitatea de asigurare și utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații, sunt cele menționate de art. 14-16 din „Normativul de acordare și de utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații ionizante” aprobat prin Ordinul C.N.C.A.N. nr. 421/2004.

d) Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este atributul asistentelor medicale de tură și îngrijitoarelor care deservește Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, acestea având în acest sens următoarele obligații:

- i. Zilnic, la începutul programului/schimbarea turei, se curăță de praf aparatele radiologice și se dezinfectează cu soluție necorozivă, recomandată de fabricant;
- ii. Monitoarele se curăță cu soluție specială conform specificațiilor înscrise în cărțile tehnice ale aparatelor radiologice;
- iii. Curățirea / decontaminarea aparatelor de face după decuplarea acestora de la rețeaua electrică, ori de câte ori situația o impune (de exemplu: s-a vărsat ceva pe aparat sau pe acesta ajung produse biologice de la pacienți);
- iv. Zilnic sau la nevoie (în mod obligatoriu după fiecare pacient cu TBC) se realizează dezinfecția spațiilor care se constituie în zone cu risc de iradiere, prin utilizarea lămpilor UV, minim 20 minute;
- v. Șorțurile de radioprotecție utilizate de personalul laboratorului se spală cu apă și săpun și se dezinfectează cu soluții dezinfectante pentru suprafețe; acestea se mențin întinse pe umerase pentru a nu se distruge folia de Pb;
- vi. Grilele antidifuzoare se șterg cu șervețele dezinfectante folosindu-se numai în Bucky
- vii. Detectoarele în care sunt introduse grilele antidifuzoare/masa pentru radiografieri sunt șterse cu șervețele dezinfectante și ulterior dezinfectate cu Hexy Spray.
- viii. Zilnic, pe timpul curățeniei, se deschid geamurile pentru aerisire; se curăță și se dezinfectează tot mobilierul din cameră cu laveta îmbibată în soluție de detergent și dezinfectant. De asemenea se curăță pavimentele și se golesc coșurile de gunoi. Lavetele utilizate se limpezesc după ștergerea fiecărui element de mobilier, chiuvete, oglinzi și exteriorul dispenserelor pentru săpun lichid, dezinfectant. Înainte de reumplere toate dispenserele se curăță și se clătesc cu apă fierbinte;
- ix. Săptămânal se curăță și se dezinfectează ușile, ferestrele, caloriferele și coșurile de materiale nesterile;
- x. Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face zilnic, după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru; ustensilele se spală, se curăță, se dezinfectează și se usucă (în cazul în care se folosesc la materii organice întâi se realizează dezinfecția apoi curățarea);
- xi. În situații epidemiologice care implică prezentarea unui pacient/grup de pacienți cu suspiciune/confirmit contaminat cu o boală infecto-contagioasă de risc înalt, se aplică măsuri de dezinfecție terminală prin nebulizarea aerului cu biocid de nivel înalt.

e) Potrivit contractelor de service încheiate de către spital, pentru fiecare dintre aparatele radiologice dispuse în spațiile care se constituie în zone cu risc de iradiere, se realizează de 1+2 ori/an întreținerea fizică (aspirare praf, verificare).

**Art.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Valoare maximă admisă=5% din totalul de probe prelevate	Număr de probe pozitive prelevate de către C.P.I.A.A.M. din Laboratorul radiologie și imagistică medicală în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 5% din totalul de probe prelevate în aceeași perioadă de referință;

## 65. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
- apariția I.A.A.M;
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

**Art.2.** – (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 și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie din cadrul 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 și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul raportului de gardă 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.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
---	---

Ori de câte ori situația o impune	a) Numărul de produse antibacteriene noi apărute este direct proporțional 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;
Ori de câte ori situația o impune	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 proporțional cu numărul de situații care impun o astfel de conduită;
Ori de câte ori situația o impune	c) Numărul de propuneri formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, este direct proporțional cu numărul celor care au fost aprobate în ședințe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic încheiat;
Ori de câte ori situația o impune	d) Numărul de prezentări la raportul de gardă ale prospectelor unor produse antibacteriene nou achiziționate este direct proporțional cu numărul total de produse antibacteriene nou achiziționate în cadrul spitalului;

## 66. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe

**Art.1.** –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) Prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
  - producerea I.A.A.M;
  - agravarea stării de sănătate a pacienților / deces.

**Art.2.** – (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  $\geq 2$  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.3.** –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 Orășenesc ”Sfânta Filofteia” Mizil 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

- Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic sau pacientului < 2 ani
- Palpitații/Precardialgii
- Paliditate
- Somnolență marcată

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, varsături la sugarul mic și nou-născut, plafonarea privirii, privire în „apus de soare”.
- 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, varsături incoercibile și febra, absența 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 Orășenesc ”Sfânta Filofteia” Mizil 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 Orășenesc ”Sfânta Filofteia” Mizil observă prezența a minim două sau mai multe dintre următoarele criterii (criterii qSOFA):

- Pacientul este în ICU/terapie intensivă
- Alterarea statusului mintal, pe baza scorului Glasgow
- Rata respiratorie  $\geq 22$  respirații/minut
- Presiunea arterială sistolică  $\leq 100$  mmHg

e) Calculul qSOFA utilizat de către medicii curanți din cadrul Spitalului Orășenesc ”Sfânta Filofteia” Mizil 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 Orășenesc ”Sfânta Filofteia” Mizil vor efectua monitorizarea cardiacă a presiunii sanguine noninvazive și pulsoximetria și vor solicita, după caz, următoarele teste de laborator:

- Hemoleucograma completă
- Coagulograma: PT, INR, aPTT, fibrinogen
- Biochimia: Na, Mg, Ca, glicemia,
- Teste renale și hepatice: uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalina, ALAT, ASAT, proteinemia
- Examen de urina și urocultura

- Culturi din secreții și țesuturi
- Imagistica: Rx toracic, abdomen sau extremități; Ultrasonografie abdominală; CT abdominal sau cap (în laborator terț); RMN (în laborator terț)

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 Orășenesc "Sfânta Filoftea" Mizil 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 sau, după caz, conform protocoalelor specifice;
- posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârsta, greutatea, patologiile 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 incomprehensibile = 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 antibioterapiei cât mai precoce posibil
- Resuscitarea pacientului cu măsuri suportive pentru corectarea hipoxiei, hipotensiunii și hipoperfuziei.
- Identificarea sursei infecției și tratarea cu terapie antimicrobiană, chirurgicală sau ambele (controlul sursei).
- 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  $\alpha$  și  $\beta$  adrenergici: dopamina, epinefrina,
- Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
- Volum expandermi: albumina
- Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Meropenem, Clindamicyna, Metronidazol, Ceftriaxona, Levofloxacină, Vancomicina, Cefuroxime, 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* metilino 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 oră de la recunoașterea șocului septic sau a sepsisului. În garda, decizia de instituire a tratamentului antibiotic în caz de sepsis aparține medicului de gardă urmand a fi discutat cazul în primele 24 ore, în echipa multidisciplinara (discuțiile se pot purta în situ și/ sau online). Agentul antibiotic trebuie să acopere spectrul microbial și să prezinte putere de penetrare la nivelul sursei septică. Reevaluarea antibioterapiei se face zilnic în cadrul echipei multidisciplinare, pentru o potențială descădere. 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. Tratamentul chirurgical se adoptă de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare la pacienții cu infecții localizate care trebuie trimiși pentru tratament chirurgical definitiv, după resuscitarea inițială și administrarea de antibiotice. Amânarea procedurilor invazive, cel puțin 24h, poate fi posibilă dacă pacientul primește monitorizare clinică foarte strânsă și antibioterapie corespunzătoare. Când este posibil drenaj percutan al abceselor sau a altor colecții fluide, bine localizate, este de preferat drenajul chirurgical. Oricum orice abces profund sau suspiciune de fascită necrozantă, trebuie drenate în blocul operator.

ix. 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.

x. Suportul circulator constă în perfuzarea a 30ml/kgc (102l) soluție cristaloidă în 30-60 minute. Când cantitatea de cristaloid pentru resuscitare este semnificativă, se indică administrarea de Albumina 4%.

xi. Corectarea anemiei și a coagulopatiei - dacă nivelul hemoglobinei este mai mic de 7g/dl și 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 p coagulopatiei este specifică pacientului cu sepsis. Necesitatea de terapie transfuzională determină nevoia de transfer a pacientului către o unitate spitalicească cu competențe superioare.

xii. Controlul temperaturii prin scăderea febrei se poate face prin termoliză fizică – gheață, sau cu droguri: paracetamol, metamizol, AINS.

xiii. Pentru realizarea controlului glicemic se recomandă menținerea glicemiei < 180 mg/dl.

xiv. Profilaxia tromboembolia venoasă profundă (DTV) se face cu heparină fracționată administrată subcutan.

xv. Medicul curant este responsabil de monitorizarea antibioterapiei astfel:

- o 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 natura existenței de tulpini bacteriene patogene/ multirezistente.
- o Durata tratamentului – va fi stabilit în funcție de criteriul farmacologic și evoluția clinică a pacientului
- o Doza, ritm, cale de administrare – vor fi menționate în F.O.C.G. și vor fi stabilite în funcție de criteriul farmacologic
- o Stoparea terapiei- va fi stabilită de către medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

**Art.4. - 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 20% din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în aceeași perioadă de referință

b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogrammei, 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. cu infecții severe, 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.

## 67. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal

**Art.1.** – Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o apariția I.A.A.M.;
  - o apariția de boli profesionale.

**Art. 2.** –Etapetele 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 S.O.S.F.M. 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*<sup>13</sup>. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului și doar la următoarele categorii de personal:
  - o Pentru personalul sanitar superior și mediu se verifică:
    - AgHBs
    - Ac anti HCV
    - Ac anti HIV 1,2
  - o Pentru infirmiere se verifică:
    - AgHBs
    - Ac anti HCV
    - Ac anti HIV 1,2
    - Examen coproparazitologic
    - Examen coprobacteriologic
  - o Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:
    - Examen coproparazitologic
    - Examen coprobacteriologic
  - o Pentru angajații din spălătorie se verifică:
    - Examen coproparazitologic
    - 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. 335/2007 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:
  - o Pentru infirmiere se verifică:

<sup>13</sup> Denumită în continuare HG 355/2007

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
- o Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:
  - Examen coproparazitologic anual
  - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
- o Pentru angajații din spălătorie se verifică:
  - Examen coproparazitologic 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 testele efectuate imediat după expunere, în cadrul Laboratorului de analize medicale sunt:

- o AgHBs
- o Ac anti HBs
- o Ac anti HBc
- o Ac anti VHC
- o test HIV

Medicul de medicina muncii care deserveste 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 sau, în cazul în care este posibil în cadrul laboratorului propriu, prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidențialității, conform legislației în vigoare. La nivelul S.O.S.F.M. 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 din spital, la recomandarea epidemiologului în colaborare cu medicul infecționist a:

- o Examen bacteriologic/micologic al secreției nazale
- o 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 responsabilitățile, 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 S.O.S.F.M., 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. 3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a stării de portaj pentru personal sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate /	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
--	---

<b>eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	
Maxim 2%	Numărul de portaje descoperite la examenul medical periodic reprezintă maxim 2% din totalul examenelor medicale periodice efectuate în ultimul an calendaristic încheiat;
Evidența existentă este completă	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;
Evidența existentă este completă	c) Există evidență la zi a persoanelor depistate cu portaj în cazul izbucnirii unor focare epidemice în ultimul an calendaristic încheiat;
Maxim 5%	d) Numărul de portaje evidențiate în urma evaluărilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentară 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;
3% în raport cu numărul de probe de sanitație recoltate	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;

## **68. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic**

**Art.1.** –Reglementarea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic are ca principale scopuri:

- a) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o producerea de I.A.A.M.;
  - o producerea de E.A.A.A.M.

**Art. 2.** – (1) Etapele procesului de limitare a accesului vizitatorilor/apartinătorilor 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/apartinătorilor în spital sau în anumite secții/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/secțiilor/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 secție/compartiment. La propunerea medicului șef din Compartimentul A.T.I. se poate interzice accesul vizitatorilor în respectiva secție;
- restrângerea programului de vizită în spital/secții/compartimente. Programul orar va fi afișat atât pe ușa de acces din spital/secții/compartimente cât și pe site-ul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, prin grija asistentelor șefe, respectiv prin grija personalului Compartimentului informatică;
- interzicerea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în situații epidemiologice speciale, determinate de boli infecto-contagioase cu risc înal (febră hemeroagică, 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 secție/compartiment;
- afișarea de către asistenta șefă la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienți/vizitatori/apartinători 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 asistentul medical șef a unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului fiecărei secții medicale 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 în secțiile medicale;
- efectuarea unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului blocului alimentar în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. Responsabilitatea efectuării triajului revine zilnic, în zilele lucrătoare, personalului C.P.I.A.A.M., iar în zilele nelucrătoare sau de sărbători, această activitate se execută de către medicul de gardă din linia de gardă a Compartimentului primiri urgențe. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al personalului din blocul alimentar revine personalului C.P.I.A.A.M.;
- efectuarea de către asistentul medical șef/personalul nominalizat de către medicul șef din Compartimentul A.T.I. a unui triaj epidemiologic riguros al vizitatorilor la intrarea în Compartimentul ATI, care se va consemna într-un registru special destinat acestui scop, în care se vor înscrie persoanele cărora li se interzice accesul în respectiva secție și motivul interzicerii accesului. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al aparținătorilor/vizitatorilor în Compartimentul A.T.I. revine personalului C.P.I.A.A.M.

(2) În situații cu risc epidemiologic C.P.I.A.A.M. instruește medicii și asistentele șefe cu privire la regulile instituite, aprobate în ședință a Consiliului medical. Asistentele șefe au la rândul lor obligația de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces verbal de instruire.

**Art. 3.** -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Maxim 3 ore	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;
Amplerea 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.	b) Amplerea 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.
Toți angajații sunt scoși temporar din colectivitate atunci când situația o impune, în situații cu risc epidemiologic sau la	c) În situații cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice, toți angajații care fac obiectul sunt scoși temporar din colectivitate;

izbucnirea unor episoade epidemice	
În toate situațiile în care se impune	d) Numărul de vizitatori/apartinători cărora li se interzice accesul în structurile A.T.I. ca urmare a triajului epidemiologic efectuat este direct proportional cu numărul celor care prezintă risc epidemiologic;
Nu sunt admise	e) 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 egală cu 0(zero)

## **69. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente**

**Art.1.** - 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o administrarea unor medicamente contrafăcute;
  - o agravarea stării de sănătate a pacientului / decesul.

**Art.2.** –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 a informărilor A.N.M.D.M.;
- b) facultativ, cu ocazia recepției produselor în farmacie și obligatoriu înainte de a fi eliberate pentru pacienții internați sau în ambulatoriu, pe rețete, asistenții de farmacie au obligația să verifice, prin scanare sau manual, loturile de medicamente pe care le au în gestiune, utilizând interfața SNVM WEB GUI pusă la dispoziție de către spital;
- c) 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;
- d) medicii prescriptori prin medicii șefi de secție, în urma utilizării medicamentelor la pacienții internați, au obligația de a anunța farmacistul șef dacă au suspiciuni în privința autenticității medicamentelor utilizate;
- e) 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;
- f) farmacistul șef blochează distribuția respectivului medicament pe secții, seizează și transmite distribuitorului (după caz, A.N.M.D.M.), orice semnalare a neconformităților sesizate la medicamentele din circuitul farmaciei;
- g) 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;
- h) farmacistul șef urmărește, pe baza registrului de returnări-retrageri, intrarea în gestiune a facturii fiscale de retur a produselor returnate și/sau retrase.

**Art.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	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;
În toate situațiile în care se impune	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;
În toate situațiile în care se impune	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 secție;
În toate situațiile în care se impune	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;
În toate situațiile în care se impune	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;

## 70. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții/compartimente

**Art.1.** - (1) Reglementarea modului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții are ca principale are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în spital;
- b) Retragera medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate în vederea reintroducerii acestora în circuitul farmaciei;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o expirarea unor medicamente (inclusiv antibiotice);
  - o utilizarea de medicamente (inclusiv antibiotice) expirate.

(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 secții. În urma acestei activități se respectă înregistrarea corectă a datelor necesare asigurării transabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) returnate.

**Art.2.** –Etapele procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe secții presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) neutilizate pe secții se returnează la solicitarea personalului acestora în farmacie, pe baza unei ”Solicitări de returnare medicamente/materiale sanitare în Farmacie” aprobat de directorul medical;

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 trasabilității antibioticului.

c) Pentru o monitorizare corectă a antibioticelor, farmacistul șef/ farmacistul efectuează următoarele activități:

- o exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital, cantitativ și valoric, precum și în DDD<sup>14</sup>;
- o informează lunar, în cadrul Consiliului medical, medicii prescriptorii din structurile medicale și Laboratorul analize medicale cu privire la modificările disponibilității antibioticelor;
- o informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pe fiecare secție și compartiment;
- o informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice pe medic, sub forma raportului consum mediu din fiecare antibiotic/pacient;
- o asigură existența antibioticelor/antifungicelor utilizate pentru executarea antibiogramei/antifungigramei.

d) Personalul medical poate accesa stocul de medicamente din farmacie,

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	a) În ultimul an calendaristic încheiat, procesele-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe secții în farmacie cuprind întreaga gamă a medicamentelor necesar a fi returnate;
Nu sunt admise	b) Nu există erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în ultimul an calendaristic încheiat.

## **71. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate**

**Art.1.** – Reglementarea procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital;

<sup>14</sup> **Defined Daily Dose** – este conform Organizației Mondiale a *Managementul urgențelor Sănătății* (OMS) doza medie de întreținere estimată pe zi pentru un medicament utilizat pentru indicații în principal la adulți. DDD este o măsură statistică a consumului de substanță activă definită de OMS. Aceasta este utilizată pentru a standardiza compararea consumului de substanță activă între medicamente diferite sau între diferite medii de îngrijire a sănătății.

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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- existența în circuit a produselor care prezintă neconformități;
- erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) conform condiții de prescripții sau rețetei;
- erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în regim de urgență;
- erori/întârzieri la recuperarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe secții.

**Art.2.–** (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 (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 se realizează de către farmacie
- efectuarea comenzilor de aprovizionare se face de către de către Compartimentul Achiziții, avizate de către directorul financiar-contabil, de către consilierul juridic și aprobate de manager;
- controlul realizării comenzilor în timp util, se realizează de către farmacistul șef;

b) Depozitarea va fi organizată în cadrul farmaciei de către farmacistul șef. În acest sens, depozitarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) 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 (inclusiv a unităților de antibiotice).

c) Prescrierea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) se realizează pe condițiile de prescripții medicale electronice, parafate de medicii curanți.

d) Prescrierea antibioticelor cu regim special se face cu aprobarea directorului medical, pe baza unui raport care se atașează foilor de condică. 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 secție; documentul apare roz pe fond negru, fără a vizualiza prețul și cantitatea eliberată; după eliberarea condicii cu medicamente (inclusiv a unităților de antibiotice) de către farmacie, 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 globalizată: plecând de la un ansamblu de prescrieri pe condiții, suma medicamentelor necesare se eliberează globalizat, într-un singur ambalaj pentru antibioticele parenterale, ce pot fi identificate ușor;

- eliberarea scriptică: medicamentele (inclusiv antibioticele) sunt eliberate pe baza unei solicitări scrise făcute de secție, 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.**

Secțiile 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 secției solicitante 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 secției prescriptoare, care semnează de primire; un exemplar al condicii rămâne în farmacie, al doilea exemplar fiind returnat secției.

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

sanționarea 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 prevederilor 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 secției farmacie.

(3) Responsabilitățile personalului spitalului care privesc asigurarea trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) sunt următoarele:

- medic șef secție/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.

- asistentul 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 următoarele rapoarte/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:

- lista lunară cu privire la antibioticele disponibile;
- consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție și compartiment;
- consumul de antibiotice pe medic;

- asistenții de farmacie: depozitează, eliberează medicația, respectă regulile de bună practică.

**Art.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	a) În ultimul an calendaristic încheiat, procesele-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe secții în farmacie cuprind întreaga gamă a medicamentelor necesar a fi returnate;
Nu sunt admise	b) Nu există erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în ultimul an calendaristic încheiat.

## **72. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile**

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - apariția unor reacții adverse la asocierea medicamentelor incompatibile;
  - agravarea stării de sănătate a pacientului.

**Art.2.** – (1) Etapele procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Verificarea condiții de către șeful de secție și respingerea medicamentelor incompatibile se va realiza de către acesta cu respectarea prevederilor privind „*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 secției solicitante, a parafei medicului șef de secție / 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 clinician / 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, 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.3.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile sunt următorii:

Valoarea/Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de situații în care a fost respinsă distribuția de medicamente incompatibile de farmacia spitalului, este în raport direct cu numărul de situații care au reclamat această conduită;

Nu sunt admise	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;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	c) Numărul de instruiri efectuate cu privire la identificarea incompatibilităților este în raport direct cu numărul de instruiri planificate pe această temă în ultimul an calendaristic încheiat;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;

### **73. Modul de atenționare a șefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită**

**Art.1.** - Reglementarea procesului de atenționare a șefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea responsabilităților și modului în care se gestionează medicația cu mișcare încetinită;
- b) Asigurarea respectării drepturilor pacienților internați privind furnizarea unor produse și servicii farmaceutice de calitate;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o apariția de blocaje în aprovizionare și întârziere în achiziționarea de medicamente;
  - o expirarea unor cantități de medicamente;
  - o furnizarea de produse neconforme din punct de vedere calitativ;
  - o lipsa unor medicamente din stocul farmaciei.

**Art.2.** – (1) Activitatea de atenționare a șefilor de secții/compartimente referitor la medicația cu mișcare încetinită presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Farmacistul șef este informat săptămânal și ori de câte ori este nevoie de către asistenții de farmacie (gestionari) în legătură cu medicația cu mișcare încetinită aflată în gestiune;
- b) Ulterior, farmacistul șef informează la raportul de gardă precum și în Consiliul medical, într-un interval de 5 zile lucrătoare de la momentul în care ia cunoștință despre existența unor medicamente cu mișcare încetinită, care sunt medicii șefi de secții/compartimente care au solicitat produsele respective și nu le-au consumat în cantitățile solicitate prin referatele de necesitate, în vederea rezolvării cât mai rapide a situațiilor respective. Aceste anunțuri se vor repeta periodic, până la epuizarea medicamentelor cu mișcare încetinită, astfel încât să nu se ajungă la situația expirării acestora;
- c) Periodic, de regulă semestrial, farmacistul șef informează șefii de secții/medicii prescriptori cu privire la existența medicamentelor cu mișcare încetinită ce urmează a expira în următoarele 6 luni, în vederea prescrierii acestora;
- d) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind modul de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită, aprobat de managerul unității, pe care îl prezintă în Consiliul medical.

(2) Farmacistul șef este responsabil pentru:

- a) Reglementarea modalității de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită;

- b) Coordonarea, verificarea și evaluarea întregii activități de eliberare a medicamentelor.

(3) Asistenții de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de informare săptămânală și lunară a farmacistului șef cu privire la medicația cu mișcare încetinită și monitorizarea termenelor de valabilitate.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Maxim 5%	a) Procentul valoric al medicamentelor expirate din totalul celor cu mișcare încetinită este de maxim 5% în ultimul an calendaristic încheiat;
Stocul de medicamente existent în farmacie asigură permanent necesarul de medicamente prescris de medicii clinicieni	b) În ultimul an calendaristic încheiat, stocul de medicamente existent în farmacie asigură permanent necesarul de medicamente prescris de medicii clinicieni;

## 74. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților

**Art.1.** – Reglementarea procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților are ca principale scopuri:

- a) Păstrarea bunurilor de valoare aparținând pacienților internați în spital în condiții optime de siguranță;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o pierderea/deteriorarea valorilor și efectelor personale ale pacienților;
  - o părăsirea spitalului fără aprobare.

**Art.2.** - Etapele procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, acesta are posibilitatea de preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Predarea bunurilor de valoare de către pacient se face către persoana încadrată pe funcția de garderobier nominalizată în acest sens prin decizie a managerului pentru spital și pentru Secția Pediatrie către persoana desemnată prin decizie.

b) Predarea / preluarea bunurilor de valoare se realizează pe bază de semnături în „Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților”.

c) În cazul în care la spital este adus un pacient în stare de inconștiență / ebrietate / cu deficiențe psiho-comportamentale / cu status mental alterat sau sub influența drogurilor, care nu este însoțit de către un aparținător, predarea bunurilor de valoare și a efectelor personale ale acestuia (în cazul lipsei unui aparținător legal) se face de către personalul ambulanței care a adus pacientul către personalul din serviciul de urgență al spitalului. Respectivul proces-verbal va conține: data prezentării pacientului în spital, datele pașaportale ale pacientului, descrierea stării de conștiență a pacientului, descrierea detaliată a fiecăruia dintre bunurile de valoare avute asupra sa de către pacient și semnăturile persoanelor care predau / preiau bunurile de valoare ale pacientului. Ulterior, predarea bunurilor de valoare ale respectivului pacient către persoana încadrată pe funcția de garderobier sau către persoana nominalizată în acest sens prin decizie se face de către personalul din serviciul Camerei de gardă a spitalului care a preluat pacientul prezentat în urgență pe baza respectivului proces-verbal care se predă către garderobier/ persoana nominalizată și prin

completarea „Registrului de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților” în care se vor face mențiuni privind procesul-verbal în discuție.

d) Bunurile de valoare sunt descrise în amănunt, în rubrica dedicată din respectivul registru, se semnează de predare / primire și sunt depuse în caseta / seif de valori aflată la garderobă într-un plic pe care se menționează numele bolnavului și secția în care urmează să fie internat acesta.

e) Păstrarea cheilor casetei / seifului de valori este în responsabilitatea garderobierei/ persoanei nominalizată. Pe perioadele de absență ale acesteia, cheile sunt predate înlocuitorului acesteia care poate fi infirmiera/îngrijitoarea de la secția/compartimentul în care este internat pacientul, pe bază de proces-verbal simplu, menționat în registrul sus-amintit.

f) La externare, bunurile sunt predate pacientului; dacă acesta este în imposibilitate, bunurile se predau sub semnătură, aparținătorului legal, identificat pe baza documentelor personale și consemnat apoi în Registru.

g) În cazul în care pacientul este transferat la alt spital, bunurile de valoare ale pacientului (în cazul lipsei unui aparținător) se predau echipajului ambulanței pe bază de semnătură și datele din actul de identitate al celui care semnează.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de preluare / predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	a) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor în legătură cu lipsa sau deteriorarea bunurilor de valoare predate la internare pe baza înscrisurilor din „Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților”, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	b) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor care sesizează faptul că nu li s-a adus la cunoștință la internare faptul că există posibilitatea predării bunurilor de valoare spre păstrare, are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	c) Pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor care sesizează faptul că la internare li s-a refuzat dreptul de a preda bunurile de valoare spre păstrare are valoare maximă admisă de 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

## 75. Controlul calității hranei

**Art.1.** - 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 Spitalul Orășenesc ”Sfânta Filoftea” Mizil;

b) Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind condițiile de hrănire asigurate pe perioada internării;

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o producerea de toxinfecții alimentare;

- o agravarea stării de sănătate a pacienților.

**Art.2.** - Etapele procesului de control al calității hranei preparate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Controlul calității hranei se face zilnic la fiecare masă prin degustarea felurilor de mâncare, cu minim 30 de minute înainte de distribuirea pe secții/ compartimente, de către responsabilii nominalizați, astfel:

- o bucătarul care a preparat mâncarea;
- o responsabilul cu dieta și nutriția, doar în zilele lucrătoare;
- o medicul de gardă pe spital

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:

- o Șeful Serviciului aprovizionare, achiziții, transport;
- o Asistentul șef sau asistentul medical de tură.

c) La terminarea procesului de preparare a hranei bucătarul care a preparat hrana 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:

- o dacă felul de mâncare este gata pentru a fi servit;
- o dacă are grăsimea necesară;
- o dacă are gust și miros plăcut.

e) În cazul în care se constată că hrana nu este conformă (are un miros sau gust neplăcut etc) se instituie o comisie formată din:

Președinte: - șeful Serviciului aprovizionare, achiziții, transport

Membrii: - bucătarul care a preparat mâncarea;

- responsabilul cu dieta și nutriția;

- medicul de gardă pe spital

care sistează distribuirea felurilor de hrană neconforme din cadrul meniului pe secții/ compartimente și dispune într-o primă etapă pregătirea unui meniu în regim de urgență stabilit de Consiliul Medical.

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.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de control al calității hranei preparate sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
valoare maximă admisă = 0,01% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;	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;
valoare maximă admisă = 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;
Toate analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților cuprind referiri la gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor distribuția hranei servite,	c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare secție 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;

## **76. 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.1.** - Reglementarea procesului 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 are ca principale scopuri:

- a) Stabilește atribuții clare pentru personalul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil cu responsabilități în înlăturarea gheții / zăpezii din curte precum și a zăpezii și gheții de pe acoperiș;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - accidente / pierderea de vieți;
  - imposibilitatea accesului / accesul greu în spital;
  - întreruperea furnizării energiei electrice;
  - blocarea evacuării.

**Art.2.** - Etapele procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curtea spitalului, din curtea Dispensarului TBC, de la Pediatrie și de la Ambulatorul spitalului și eliberare a 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, Șef AAT ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului și din incinta celorlate locații precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestora. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirilor 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 clădirilor. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a Șef AAT.

b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului / sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, medicul de gardă anunță managerul spitalului. Managerul spitalului dispune în sarcina Șef AAT să ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului și din incinta celorlate locații precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestora. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirilor 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 clădirilor. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a Șef AAT.

c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de turturi mari de gheață pe streșinile acoperișului spitalului sau celorlate clădiri aflate atât la sediul principal dar și în celelalte locații, Șef AAT, din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului, va anunța echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Prahova în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.

d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Prahova, Șef AAT din proprie inițiativă, va coordona activitatea personalului din cadrul formațiunii lucru și întreținere clădiri care, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirilor 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 clădirilor.

e) După intervenția de îndepărtare a turturilor de pe streșinile clădirilor de către echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Prahova, Șef AAT va lua măsuri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii turturi.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului 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 sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	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;
Maxim 1/zi cu condiții propice formării gheții	b) Număr maxim de accidente cauzate de căderea pe gheață în curțile interioare a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului/Dispensarului TBC/Clădirea Ambulatorului/Clădirea Secției Pediatrie este de maxim 1/zi cu condiții propice formării gheții (ulterior luându-se măsuri de îndepărtare a gheții)
Nu sunt admise	c) Nu se admit situații de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului celorlalte clădiri aflate în alte locații determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișurile clădirilor.
Nu sunt admise	d) Nu sunt admise pagube materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului/Dispensarului TBC/Clădirea Ambulatorului/Clădirea Secției Pediatrie sau în exteriorul acestora, determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul clădirilor
Nu sunt admise	e) Nu sunt înregistrate procese penale sau de amenzi administrative deschise/date personalului spitalului încuzate de producerea unor accidente sau a unor pagube materiale determinate de căderea pe gheață în curțile interioare a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirile spitalului/Dispensarul TBC/Clădirea Ambulatorului/Clădirea Secției Pediatrie sau avarierea de bunuri cauzate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului/Dispensarul TBC/Clădirea Ambulatorului/Clădirea Secției Pediatrie.

## **77. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale**

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- accidente de muncă;
- boli profesionale;
- producerea de pagube materiale;

- întreruperea
- ului la energie;
- întreruperea accesului la energie.

**Art.2.** – (1) În cadrul spitalului există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc de explozie:

- Bloc operator,
- Formațiunea Sterilizare,
- Secția medicină internă,
- Bloc alimentar,
- Stație oxigen,

(2) În cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil nu se manevrează substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc radioactiv.

**Art.3.** – (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 respectându-se normele de securitate a muncii generale precum și cele specifice Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil.

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 precum se face în conformitate cu reglementările în vigoare în spații special destinate, construite și amenajate în conformitate cu legislația în vigoare, suprateran, în încăperi independente, neetajate sau în aer liber (construcție semideschisă de tip șopron îngrădit executat din materiale necombustibile, care protejează recipientii împotriva razelor solare, intemperiiilor 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 Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil este nominalizat prin decizie un responsabil 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 și radioactive:

- 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 instrucțaje:

g) Instructajul specific la locul de muncă în cadrul căruia 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.

h) Instructajul special pentru lucrări periculoase se execută înaintea 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 nor 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 taiere 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.4.** – În situații excepționale - dezastru natural, incendiu, 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.5.** -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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Nu sunt admise	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;
Nu sunt admise	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;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	Numărul de instruiți 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 instruiți planificate.

## 78. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- lipsa unor produse / materiale din depozitul de calamități;
- expirarea unor produse / materiale din depozitul de calamități;
- afectarea / blocarea activității medicale în caz de calamități.

**Art.2.** –Etapetele 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 în baza deciziei Comitetului director a fost stabilită ca locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare - spațiul situat în incinta spitalului (container special amenajat). În incinta farmaciei spitalului locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru medicamente și materiale sanitare.

b) În baza aceleiași decizii a Comitetului director a fost aprobată ”*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități*”. Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea Șef AAT și a șefului farmaciei.

c) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități situat în incinta spitalului (container special amenajat) este atribuită șefului AAT, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia spitalului este atribuită șefului farmaciei.

d) Medicamentele și materialele sanitare aflate în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului (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 spitalului 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 spitalului vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija șefului farmaciei.

**Art.3.** - 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:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
---	---

Asigurarea permanentă în cadrul depozitului de calamități a produselor 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.	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.
Rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate	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.

## 79. Modul de realizare al meniurilor zilnice

**Art.1.** –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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o hrană necorespunzătoare pe categorii de patologii, afiliere religioasă, spirituală sau personală ale pacienților;
  - o apariția/menținerea unor afecțiuni.

**Art.2.** –Etaplele 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) „Situția zilnică cu mișcarea bolnavilor, evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de \_\_\_\_\_” realizată de asistentele de serviciu în baza înscrisurilor din F.O.C.G. este transmisă zilnic la bloc alimentar/magazie/persoanei responsabilă cu dietetica până la ora 10.00. Pentru pacienții internați în Compartiment A.T.I. respectiva situație se întocmește de către asistentele de serviciu ale secțiilor/compartimentelor medicale din care provin pacienții.
- e) Regimurile dietetice pentru copii sugari până la un an, se prepară în cadrul biberoneriei din cadrul Secției pediatrie, în baza formularului de "Foaie zilnică".
- f) În cazul sosirii în Spitalul „Sfânta Filoftea” Mizil a unor efective mai mari de pacienți înainte de masă, responsabilul cu întocmirea notelor de distribuție va întocmi o foaie zilnică de mișcare a bolnavilor internați – supliment.
- g) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește meniurile zilnice pe zile calendaristice a meselor ce urmează a fi servite (dimineața/gustare, prânz, seara) raportat la „Situțiile...” menționate la lit. d) întocmită de către asistentele șefe.

h) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește planul meniu săptămânal și îl prezintă managerului spre aprobare.

i) În baza planului meniu aprobat, responsabilul din structura administrativă împreună cu șeful de depozit alimente întocmesc documentele justificative pentru distribuție și scădere din depozit a alimentelor.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
90%	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;
În toate situațiile în care se impune	b) Numărul de „Situații zilnice cu mișcarea bolnavilor, evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de ____” întocmite de către asistentele de serviciu 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;
În toate situațiile în care se impune	c) Numărul de meniuri întocmite și utilizate la nivelul spitalului este corespunzător necesarului de meniuri adaptate la convingerile proprii sau exprimate de către pacienți.

## **80. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă**

**Art.1.** – (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) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o producerea de daune asupra personalului și / sau instituției.

**Art.2.** – (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 medical/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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil are obligația să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidente suferite de propria persoană.

b) Responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă încadrat la nivelul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 Spitalul Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 la locul penală 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 secției medicale/medicul din linia de gardă pe spital 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.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă sunt următorii:**

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	a) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proportional cu numărul total de accidente de muncă raportate de responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă în anul calendaristic precedent.
În toate situațiile în care se impune	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 proportional cu numărul total de accidente de muncă raportate în anul calendaristic precedent.
În toate situațiile în care se impune	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 proportional cu numărul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.
În toate situațiile în care se impune	d) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, este direct proportional cu totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.
În toate situațiile în care se impune	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 proportional cu totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

## 81. Circuitul documentelor în cadrul spitalului

**Art.1.** – 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) Eliminarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o accesul neautorizat la informații cu caracter personal sau informații care nu sunt libere la publicare.

**Art.2.** – (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) Respectarea regulilor privind transportul documentelor;
- f) Evitarea discuțiilor despre probleme confidențiale în locuri publice;

g) Evitarea prezentării unor informații care, combinate, pot alcătui o imagine completă a unor probleme confidențiale;

h) Respectarea cu strictețe a reglementărilor în domeniu în cazul procesării, stocării sau transmiterii unei informații clasificate prin sistemul informațional sau de comunicații;

i) Respectarea reglementărilor privind asigurarea măsurilor de protecție fizică;

j) 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.3.** – (1) Măsurile organizatorice stabilite la nivelul spitalului în partea care se referă la circuitul documentelor sunt următoarele:

a) Pentru evidența, prelucrarea, procesarea, păstrarea, manipularea, multiplicarea, transmiterea, distrugerea și arhivarea documentelor în cadrul Spitalului este organizată o registratură.

b) Nicio persoană din cadrul spitalului nu are acces la informații confidențiale/cu caracter personal în virtutea funcției pe care o deține.

c) Pentru buna desfășurare a activității în cadrul registraturii, personalul care încadrează acest compartiment nu execută alte misiuni sau sarcini care l-ar sustrage, chiar temporar de la îndeplinirea atribuțiilor funcționale.

(2) – Protecția documentelor la nivelul spitalului, presupune:

a) Documentele se înregistrează, obligatoriu în evidențele registraturii constituite la nivelul Spitalului precum și la nivelul altor structuri ale spitalului stabilite prin decizie a managerului.

b) Accesul în încăperile registraturii, în afara personalului încadrat/titular este permis doar managerului și persoanelor cu atribuții de control.

c) 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.

d) 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, pentru a contribui la realizarea accesului la informații clasificate numai pe baza principiului „necesitatea de a cunoaște” și pentru a preveni orice alte situații, împrejurări sau fapte de natură a periclita ori compromite securitatea informațiilor.

e) În timpul programului, protecția fizică se realizează de către personalul care încadrează microstructurile Spitalului.

f) În afara orelor de program, ușile încăperilor se închid, iar sistemul de aerisire al acestora se asigură împotriva accesului neautorizat și introducerii de materiale periculoase.

g) 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.

h) În timpul programului, încăperile în care se păstrează documente se încuie ori de câte ori personalul părăsește încăperea, indiferent de motiv sau perioadă de timp, luându-se și măsuri de activare a sistemelor tehnice de securitate fizică, acolo unde acestea sunt instalate.

(3) *Primirea corespondenței în cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil se poate realiza astfel:*

a) Letric sau pe suporturi electronici de informație, la registratură, prin Poșta Română și prin alte firme specializate de curierat;

b) Prin fax sau e-mail, doar corespondența care nu conține informații confidențiale, la: secretariat spital, birou achiziții, comp. Resurse umane, birou contabilitate, comp. Juridic, comp. Managementul calității, etc.(se enumeră structurile care primesc fax sau/și email);

(4) Corespondența primită se prezintă de către personalul din cadrul registraturii, managerului spitalului. Acesta o va analiza și va consemna rezoluții pe documente.

(5) Circuitul documentelor în cadrul spitalului presupune următoarele responsabilități:

a) Personalul registraturii desfășoară următoarele activități:

- i. primește documentele sosite pe adresa spitalului și verifică integritatea sigiliilor/ștampilelor și a 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 și le prezintă managerului spitalului după care, pe baza rezoluției înscrise pe ele, le predă pe bază de semnătură, persoanelor cărora le-au fost repartizate;
- iv. distribuie documentele numai pe baza rezoluției înscrise pe acestea, respectiv persoanei nominalizate.

b) Persoana cărui i-au fost repartizate documentele desfășoară următoarele activități:

- i. se prezintă la registratură pentru ridicarea documentelor;
- ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
- iii. semnează la registratură de primirea documentelor în Registrul pentru evidența documentelor;
- iv. rezolvă documentele, conform termenelor și rezoluției de pe acestea, respectând măsurile de protecție și nivelul de clasificare al informațiilor conținute și prevederile legale referitoare la datele cu caracter personal.
- v. după soluționare, distruge sau clasează documentul, după caz.

c) Alte reguli privind circuitul documentelor:

- i. Circuitul unui document se consideră încheiat atunci când acesta este justificat în registratură prin îndosariere, distrugere sau este returnat la emitent.
- ii. Documentele adresate managerului Spitalului, se prezintă acestuia de către personalul din registratură, iar după înscrierea rezoluției pe acestea, se înapoiază la registratură, pentru a fi distribuite spre soluționare, personalului nominalizat pe acestea.
- iii. La mutarea din spital, schimbarea sau suspendarea din funcție, pensionarea, plecarea în concediu fără plată sau pentru creșterea și îngrijirea copilului, personalul predă la registratură toate documentele pe care le are în primire.
- iv. La detașarea în alte instituții, plecarea în străinătate în interes de serviciu sau în interes personal, concedii de orice natură mai mari de 30 zile calendaristice, personalul predă documentele necesare desfășurării activităților compartimentului înlocuitorului legal, iar pe celelalte la registratură.
- v. Documentele elaborate de personalul unitatii se predau la registratură pentru înregistrare după ce acestea sunt semnate și ștampilate de către persoanele în drept.
- vi. 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 microstructuri/persoane din cadrul Spitalului, prima microstructură/persoană nominalizată în rezoluție de managerul Spitalului pe documente, se consideră a fi răspunzătoare de executarea respectivei activități, fiind obligată să se consulte cu celelalte microstructuri/persoane înscrise de către manager în rezoluție, pentru soluționare. Șefii microstructurilor, 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) Pe tot parcursul anului, documentele soluționate, cu valoare practică, juridică sau istorică sunt clasate în mape/dosare de către responsabilii din cadrul microstructurilor funcționale care gestionează problematica. Anual, până la începerea inventarierii documentelor, această activitate precum și justificarea documentelor în evidențe, se încheie. Fiecare șef de microstructură funcțională răspunde de clasarea corectă a informațiilor în mape/dosare.

(8) La redactarea documentelor se respectă obligatoriu următoarele reguli:

- i. Menționarea, în antet, a instituției și spitalului emitente, a numărului și datei înregistrării, a clasei sau nivelului de secretizare, a termenului de clasificare, a numărului de exemplar și, după caz, a destinatarului;
- ii. Înscriserea numerelor de înregistrare pe toate exemplarele documentului și pe anexele acestuia.
- iii. Înscriserea 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 și nr. telefon.
- iv. Înscriserea pe fiecare pagină a documentului, a numărului curent al paginii, urmat de numărul total al acestora.

(9) 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 și numărul de înregistrare.
- iii. Pentru sigilarea plicurilor/coletelor se utilizează ștampila rotundă care se imprimă pe fața plicului în colțul din stânga jos și pe spatele plicului la cele două capete unde se închide plicul).

**Art.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului *Circuitul documentelor în cadrul spitalului* sunt următorii:

conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	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 proporțional sau mai mare cu/decât numărul de instruiți planificate în acest sens;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	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 proporțional cu numărul de activități de verificare/control planificate;

## 82. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului

**Art.1.**—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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- înregistrarea, stocarea, transmiterea greșită a datelor.

**Art.2.–** (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, 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 microstructurilor 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.3. –** (1) Etapele procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Informarea echipei decizionale privind existența de date/informații se realizează atât pe orizontală cât și pe verticală, prin:

- i. Legătura cu omologii de la instituții cu care se colaborează, la începutul și sfârșitul săptămânii;
- ii. Activitatea de informare în cadrul spitalului participarea la ședințele de lucru;
- iii. Participarea la activități de control și îndrumare;
- iv. Studiul corespondenței primite prin sistemul de corespondență scrisă sau electronică;
- v. Studiul informărilor din mass-media și al publicațiilor de specialitate;
- vi. Canale informaționale din surse deschise (tv, internet) ;
- vii. Audiențe, cereri, reclamații, petiții și sesizări;

b) Prelucrarea datelor /informațiilor se face în cadrul fiecărei microstructuri prin:

- i. Procesare datelor - se realizează prin prelucrarea primară și gruparea acestora pe domenii;
- ii. Analiza datelor și informațiilor - presupune studierea acestora în scopul stabilirii gradului de autenticitate și a semnificației reale;
- iii. Valorificarea datelor se realizează prin interpretarea acestora cu privire la domeniile de competență și responsabilitate;
- iv. Diseminarea datelor între microstructurile 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". Personalul spitalului care intră în posesia unor date/informații, care nu sunt din sfera sa de competență, **este obligat** să informeze pe cel răspunzător de gestionarea problematicii, iar cel care le generează răspunde de aceasta până la ajungerea ei la beneficiar și întoarcerea sub forma conexiunii inverse (feed-back).
- v. 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.

c) 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.

d) Raționalizarea și tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toți șefii de microstructuri din cadrul Spitalului, 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:

- i. Creșterea ponderii formatului electronic al documentelor în detrimentul celor în format printat;
- ii. Tipizarea trebuie să cuprindă documentele de bază utilizate în procesul de conducere;
- iii. Documentele purtătoare de informații să aibă o destinație practică și o funcționalitate multiplă;
- iv. 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;
- v. Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu
- vi. Datele imprimare pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;
- vii. Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operațiilor manuale de trecere a informațiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
- viii. Să conducă la micșorarea însemnată a cantității de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;
- ix. Separarea conținutului informațional al documentelor în parte fixă (informație permanentă) și parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.

e) 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*. Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient. 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 farmacie, secții, compartimente și cabinete.

(2) Întreg personalul care încadrează structurile Spitalului 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.4.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

În toate situațiile	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 incidente în vigoare, iar termenele stabilite sunt respectate cu strictețe pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat.
Nu este înregistrată nicio sincopă/deficiență în gestionarea datelor și informațiilor utilizate în spital	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.

### 83. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului

**Art.1.** – Reglementarea procesului de protecție a sistemului informatic 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - distrugerea fizică a echipamentelor - situații de forță majoră;
  - indisponibilitatea sistemului cauzată de număr redus de persoane care cunosc informația;
  - divulgarea de informații;
  - fraude produse prin intermediul sistemului informatic;
  - furturi de echipamente și informații.

**Art.2.**– 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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil, 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 să respecte următoarele reguli:

- 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;
- să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
- 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 persoana responsabilă cu sistemul informatic 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 Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența persoanei responsabilă cu sistemul informatic și îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;

f) Accesul personalului Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil 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 de formare profesională.

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) Persoana desemnată din cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil 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, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată

m) 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.

n) 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;

o) Informațiile vehiculate în rețeaua INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.

p) 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.

q) Pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
---	---

Maxim 2%	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
100% pentru toți angajații	b) Numărul de angajamente de confidențialitate existente este direct proportional cu numărul de personal angajat în cadrul spitalului;
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	c) Numărul de instruiți pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate este direct proportional sau mai mare decât numărul de instruiți planificate, în ultimul an calendaristic încheiat.

## 84. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului

**Art.1.** – Reglementarea procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizarea/ 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în cadrul spitalului.

**Art.2.** - Etapele procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil, 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 mape / dosare, iar celelalte se distrug sau se returnează la expeditor, după caz, în cadrul / de către structurilor / e 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 / justificare – se execută și în cazul distrugerii / expeditiei documentelor).
- e) Clasare documentelor în mape / dosare/ unități arhivistice 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 arhivar 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 etic.

i) Fiecare dosar / mapă / unitate arhivistică creată, 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 ordine crescătoare.

j) Responsabilii cu crearea unităților arhivistice le predau arhivarului 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, în urma selecționării sau predării în alt depozit de arhivă.

m) Pentru selecționarea arhivei, prin decizie a managerului, se numește o comisie de selecționare. 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.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului sunt următorii:**

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
Toate documentele create pe parcursul anului calendaristic încheiat sunt arhivate anual, până la data de 31 martie.	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.
Nu sunt admise	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.
Toate unitățile arhivistice cărora le-a expirat termenul de păstrare în arhivă	c) Număr de unități arhivistice sdistruse 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;

## **85. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului**

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului.

**Art.2.** - (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:

- o date de intrare
- o timp de staționare
- o operații de prelucrare
- o 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:

- o 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.
- o Accesul în Spital– ca și componentă a sistemului de protecție a sistemului informațional din cadrul spitalului - se realizează cu respectarea prevederilor „Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor” din prezentul Regulament;
- o Timpul de reacție a personalului de pază va fi testat periodic pentru a garanta intervenția operativă în situații de urgență, de către Șef AAT.
- o În vederea asigurării protecției sistemului informațional din cadrul spitalului, se vor respecta întocmai prevederile privind „Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate” din prezentul Regulament;
- o Pentru gestionarea documentelor interne specifice microstructurilor din cadrul Spitalului, la nivelul acestora se nominalizează prin decizie un responsabil (și un înlocuitor).
- o 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 prevederile din prezentul Regulament;
- Distrugerea documentelor se execută conform prevederilor „*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 prevederi 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 compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:

- 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 mănuiască 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 responsabilul cu sistemul

informatic, 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 responsabilului cu sistemul informatic 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:

- o nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
- o 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 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.3. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:**

<b>Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat</b>	<b>Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI</b>
Maxim 2%	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;
Maxim 2%	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;

Maxim 2%	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;
----------	---

## 86. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în arhiva curentă a spitalului;
  - o Distrugerea accidentală a documentelor.

**Art.2.** –(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 arhivistice 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) 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 de către o comisie numita prin decizie, pe bază de proces-verbal, după aceleași reguli ca și documentele clasificate în uz;

i) 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, la societăți agreate. 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.

j) 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 de .....kilograme.*"

k) 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.

l) Toate cazurile de pierdere, distrugere nelegală/ accidentală sau sustragere a documentelor arhivistice se vor raporta imediat după constatare, ierarhic.

**Art.3.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate cazurile sunt luate măsuri adecvate	a) Numărul de cazuri de pierdere a documentelor arhivistice raportate anual este direct proportional cu numarul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
În toate cazurile sunt luate măsuri adecvate	b) Numărul de cazuri de distrugere nelegală/ accidentală a documentelor arhivistice raportate anual, este direct proportional cu numarul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
În toate cazurile sunt luate măsuri adecvate	c) Numărul de cazuri de sustragere a documentelor arhivistice raportate anual este direct proportional cu numarul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;

## **87. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului**

**Art.1.** – 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 următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Modificarea sau distrugerii informației;
  - o Utilizarea neautorizată a informațiilor;

- Controlul accesului la date nu asigură monitorizarea persoanelor care au acces la date, tipul datelor accesate și scopul accesului.;
- Divulgarea neautorizată a datelor medicale și de identitate a persoanelor.
- Pierderea confidențialității datelor.
- Întreruperi ale procesării datelor.
- Utilizarea fără discernământ a caracterului privat în ceea ce privește capacitatea de a controla sau influența ce informație referitoare la o persoană poate fi memorată în fișiere sau baze de date și cine are acces la aceste date.

**Art.2. - 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 parolelor pentru fiecare cont cu drepturi administrative se păstrează la C.E.S.M. din cadrul spitalului.

**Art.3. - 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 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 privind securitatea sistemului informatic.

e) Accesul la informații confidențiale 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 RUNOS.

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 ȘEF AAT.

l) Responsabilul cu sistemul informatic 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 cu sistemul informatic asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în Spital. Acest lucru se realizează cât mai repede posibil în baza unei înștiințări făcute de către un angajat al structurii de resurse umane către responsabil.

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 cu sistemul informatic 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 face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporturi de date independente, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

**Art.4. – 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 secții, compartimente, camera de gardă a spitalului, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat:, INTERNET, aplicația Extranet, SIUI;
- Farmacistul șef: INTERNET, aplicația Extranet-Farmacie
- Asistenții medicali/de laborator din secții, compartimente, serviciul de urgență al spitalului, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
- Asistenții de farmacie: INTERNET, aplicația Extranet-Farmacie, aplicația Pharmec;
- Infermiere, brancardieri: INTERNET.

b) Personalul din structurile nemedicale:

- Managerul/director general: INTERNET, e-mailul, aplicația Extranet, SIUI, pagina web, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
- Directorul medical: INTERNET, e-mailul Spitalului, aplicația Extranet, SIUI;

- Director financiar-contabil, structura financiar-contabilă: INTERNET, e-mailul Spitalului, aplicațiile Extranet de contabilitate-financiar –Mijloace Fixe, Achizitii, SIUI-Asigurați, aplicații ANAF;
- ȘEF AAT: INTERNET, e-mailul Spitalului, aplicația Extranet; 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, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora), aplicația REVISAL
- Birou achiziții și contractări: INTERNET, e-mailul Spitalului, aplicația Extranet-XAchiziții, SEAP;
- Serviciu statistică și evaluare medicală: INTERNET, aplicația Extranet, SIUI, DRG, CAPESARO, aplicații raportări statistice;
- Serviciul managementul calității serviciilor medicale INTERNET, aplicația CAPESARO;
- Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: INTERNET,

**Art.5. – (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.

(6) Pentru fiecare spațiu în care sunt instalate sisteme informatice se va păstra o evidență a accesului pentru verificari de rutină în situații critice.

**Art.6. – (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 microstructurilor, 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.7. – (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 Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 serviciul de urgență al spitalului, Spital, Ambulatoriu, Radiologie, Laborator de analize medicale, 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.8.** – (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.9.** – (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:

a) Identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;

b) Scopul în care se face prelucrarea datelor;

c) 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.10.** – (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 IX<sup>1</sup> „Dosarul electronic de sănătate al pacientului” din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*.

**Art.11. – (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/revizuri ale reglementărilor interne aplicabile în **Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil** (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), (dacă este cazul)
- 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 de sânge din U.T.S.;
- 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.12. – (1) Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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/coordonatorii de secție/compartimente 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 (util de exemplu pe ATI când vine pacientul de pe altă secție și nu i s-a efectuat transferul).
  - 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 de Laborator.** În aplicația eXtraMed-Laborator s-au definit autorități în modulul de Configurare pentru personalul care:

- Accesează datele și informațiile pacientului
- Introduc datele și rezultatele
- Modifică datele sau rezultatele pacientului
- Autorizează eliberarea rezultatelor pacientului și a rapoartelor

Accesul în aplicație al utilizatorilor este delimitat în funcție de drepturile alocate operatorilor (conform deciziei conducerii laboratorului). Astfel, fiecare utilizator trebuie să dispună de id și parola proprie, iar ferestrele de lucru și anumite butoane sunt activate în funcție de gradul de pregătire și funcția în cadrul laboratorului, pentru fiecare utilizator în parte.

c) **Accesul în aplicația XVision.** În aplicația de imagistică XVision s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- Nivel < 100: scriere cereri
- Nivel 150: ștergere + validare rezultat
- Nivel 100: scriere rezultate + adaugare doze + validare imagini + salvare imagini în Foaia de Observație (pentru vizualizarea lor cu aplicația Spital)
- Nivel 200: validare rezultat
- Nivel >200: ștergere imagini considerate irelevante
- Nivel 1000: drepturi depline de administrator

d) **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 intrări, 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.

**Art.13.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
Maxim 2%	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;
Maxim 1%	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;
Egal	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;
valoare maximă admisă = 1% în raport cu numărul personalului încadrat în cadrul spitalului	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;
Maxim 1%	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;
--	---

## **88. 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**

**Art.1.** –Reglementarea procesului de consultare a unităților arhivistice și de eliberare a adeverințelor sau duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii are ca principale scopuri:

a) Stabilirea modului în care se consultă documentele din fondul arhivistic al spitalului, cum se pot elibera adeverințe/copii/duplicate (prin procedee xerox, fotocopiere, scanare) ale documentelor, pentru personalul propriu, personalul care face parte din comisiile de control și persoanele/structurile din afara spitalului;

b) Stabilirea modului de eliberare a copiilor/ duplicatelor informațiilor medicale

c) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- pierderea confidențialității datelor pacientului;
- utilizarea datelor de către terți;
- compromiterea informațiilor;
- multiplicarea într-un număr mai mare de exemplare;
- diseminarea neautorizată.

**Art. 2.** – Consultarea unităților arhivistice și eliberarea duplicatelor documentelor se realizează cu respectarea următoarelor reguli și responsabilități generale, prevăzute de legislația în vigoare:

d) La intrarea sau la ieșirea în/din zonele administrative, inopinat sau pe baza planificării, se execută controlul bagajelor, care constă în verificarea coletelor, geștilor și altor suportți, în vederea împiedicării scoaterii neautorizate a informațiilor, precum și a introducerii unor obiecte interzise.

e) În spital este permisă folosirea aparatelor cu posibilități tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanță, numai cu aprobarea managerului.

f) Fondurile arhivistice, existente asupra spitalului, pot fi folosite pentru cercetare științifică, rezolvarea unor lucrări administrative sau de documentare, activități cultural-educative, eliberarea de certificate, adeverințe, extrase sau copii/duplicate.

g) În principiu, documentele create de spital pot fi studiate, de către cetățeni români sau străini, după trecerea a 30 de ani de la crearea lor.

h) Aprobarea studierii documentelor, precum și eliberarea unor copii/duplicate de pe acestea, este de competența șefilor unităților deținătoare de arhive.

i) În situații temeinic justificate, la solicitarea organelor de cercetare administrativă și/sau penală, pot fi extrase documente originale din interiorul dosarelor sau mapelor pentru a fi puse la dispoziția acestora.

j) Persoanele din cadrul spitalului sau din afara acestuia, cu atribuții de control, control tematic, verificări economico-financiare, cercetări administrative ori juridice, pot cerceta documentele direct de la creatori sau deținători, în baza delegației permanente, cu autorizație avizată și aprobată în condițiile legii.

k) Nerespectarea de către solicitanți, a regulilor stabilite pentru cercetarea documentelor, atrage încetarea dreptului de a mai studia, iar degradarea documentelor, voită sau din neglijență, precum și sustragerea de documente se sancționează, după caz, disciplinar, contravențional sau penal.

l) În principiu, scoaterea unităților arhivistice dintr-o arhivă, pentru a fi studiate în alt loc, este interzisă.

m) Spitalul are obligația ca, pe baza documentelor existente curente și în arhivele pe care le dețin, să elibereze, la cerere, cetățenilor români ori străini, certificate, adeverințe și copii/duplicate, chiar dacă nu au trecut 30 de ani de la crearea lor, în cazul când documentele se referă la situații și drepturi privind pe solicitant, cum sunt: vechimea în muncă, spitalizări, informații medicale, etc.

n) Pacientul are acces neîngrădit la datele medicale personale, în condițiile legii. Accesul pacientului la datele medicale poate fi direct sau indirect – prin aparținătorii legali sau prin intermediul medicilor nominalizați de acesta. (Legea 46/2003 actualizată)

o) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale, chiar și după decesul acestuia. Aceste informații pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul în mod explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratarea pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie. (Legea 46/2003 actualizată)

p) Pacienții, aparținătorii și vizitatorii au acces neîngrădit la depunerea sugestiilor, cererilor, reclamațiilor/petițiilor și sesizărilor în legătură cu Spitalul, la registratură. Acestea sunt prezentate factorilor decizionali. (Legea 46/2003 actualizată)

**Art. 3. – Consultarea unităților arhivistice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:**

a) Solicitantul se prezintă la gestionarul fondului arhivistic, conform programului de lucru aprobat de manager, și precizează unitatea arhivistică (dosar, mapă, registru...), specificând numărul, volumul, denumirea, structura care l-a creat, pe care dorește să o consulte sau pe care comisia de control o solicită pentru cercetare și semnează în registrul special destinat (menționând inclusiv baza legală a executării controlului).

b) Gestionarul fondului arhivistic pune la dispoziție solicitantului, pe bază de semnătură (dată în **Registrul pentru evidența consultării fondului arhivistic**), unitățile arhivistice solicitate.

c) Solicitantul sau personalul comisiei de control, sub supravegherea reprezentantului desemnat al spitalului consultă (conform solicitării/pe perioada controlului) documentele doar în spațiile special destinate.

d) Solicitantul returnează după consultare unitățile arhivistice gestionarului fondului arhivistic, operațiune consemnată sub semnătură de către gestionarul fondului arhivistic în Registrul pentru evidența consultării fondului arhivistic.

e) Anterior de reintroducerea unităților arhivistice consultate în fondul de arhivă, gestionarul fondului arhivistic verifică existența și integritatea unității arhivistice. În cazul constatării de deficiențe va raporta imediat această situație managerului spitalului, luând ulterior măsurile dispuse de către acesta.

**Art. 4. – Multiplicarea fizică în scopul eliberării adeverințelor sau copiilor/ duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale și/sau întocmirea răspunsurilor solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii, presupune derularea următoarelor activități:**

a) Persoana care a solicitat consultarea identifică înainte de multiplicare documentul care trebuie multiplicat și se stabilește numărul de exemplare în care se multiplică.

b) Solicitantul întocmește în vederea multiplicării documentelor o cerere de multiplicare care se aprobă de către manager și se înregistrează de către personalul din registratura spitalului.

c) Solicitantul predă persoanei desemnate să multiplice, cererea de multiplicare completată, după obținerea aprobărilor necesare.

d) Persoana desemnată completează Registrul pentru evidența documentelor multiplicat/scanate și execută operațiunea de multiplicare.

e) După multiplicare, persoana desemnată evidențiază operațiunea de multiplicare atât pe documentul original cât și pe copiile rezultate.

**Art. 5. – Scanarea documentelor în scopul eliberării adeverințelor sau copiilor/ duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale și/sau întocmirea răspunsurilor solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii, presupune derularea următoarelor activități:**

a) Înainte de scanare persoana care a solicitat consultarea identifică documentul care trebuie scanat și se stabilește destinația acestuia.

b) Înainte de scanare persoana desemnată să scaneze completează Registrul pentru evidența documentelor multiplicat/scanate și se obține aprobarea pentru executarea operațiunii de multiplicare.

c) După scanare, operatorul stației de scanare execută operațiunea de scanare și evidențiază operațiunea de scanare pe documentul original, completând în acest sens Registrului pentru evidența documentelor /multiplicat/scanate.

d) După scanare se diseminează informațiile scanate conform aprobărilor.

**Art. 6. – Eliberarea de adeverințe și efectuare de copii/ duplicate presupune derularea următoarelor activități:**

a) Solicitantul întocmește cererea/solicitarea eliberării documentului necesar.

b) Solicitantul depune cererea / solicitarea la registratură/secretariat unde va fi înregistrată în Registrul intrări/ieșiri al spitalului de către secretară.

c) Secretara prezintă cererea / solicitarea managerului pentru aprobare în ziua predării respectivei cereri pentru înregistrare.

d) După aprobare, secretara predă cererea / solicitarea specialistului / lucrătorului nominalizat de către manager pentru redactarea răspunsului în termenul legal prevăzut de legislație.

e) Specialistul / lucrătorul care are sarcina soluționării cererii prezintă răspunsul la cerere/ solicitare și adeverința eliberată și/ sau copie/duplicat a documentelor (conform solicitării) spre aprobarea managerului.

f) Secretara înregistrează răspunsul și-l predă solicitantului împreună cu adeverința și/ sau copiei a documentelor (conform solicitării), în termenul legal prevăzut de legislație, consemnând acest lucru în registrul de evidență.

**Art. 7. – Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuterniciți se realizează în strictă concordanță cu prevederile OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, urmărindu-se respectarea următoarelor reguli:**

a) Spitalul Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale.

b) Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează de către pacienți/aparținători/împuterniciți, în scris, prin completarea formularului „Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale”, prevăzut în anexa nr. 3 la OMS 1410/2016. Respectivul formular se aprobă de către managerul spitalului.

c) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu, solicitantul trebuie să facă dovada că are calitatea de aparținător/reprezentant legal.

d) În cazul persoanelor împuternicite care solicită documente medicale ale pacienților, acestea este necesar să anexeze ”Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale” prevăzut în anexa nr. 5 la OMS 1410/2016.

e) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către persoanele încadrate în C.E.S.M. împreună cu gestionarul fondului arhivistic și cu persoana desemnată, avizate de director medical sau înlocuitorul acestuia în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării.

f) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacienți/aparținători/împuțerniciți a formularului „*Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale*“, prevăzut în anexa nr. 5 la OMS 1410/2016.

g) Solicitarea consultării/ eliberării duplicatelor actelor medicale de către pacient se poate face atât pe perioada internării, cât și după externare

h) Datele medicale ale pacienților pot fi puse și la dispoziția organelor de urmărire penală sau instanțelor judecătorești pentru efectuarea urmăririi penale ori derularea procesului juridic, la solicitarea scrisă și motivată a acestora.

i) Tot prin excepție, în baza art. 40 din *Legea 132/2017 privind răspunderea civilă auto pentru prejudicii produse terților prin accidente de vehicule și tramvaie*, informațiile deținute cu privire la cauzele și împrejurările producerii riscurilor asigurate și la prejudiciile ori vătămările provocate, solicitate la cererea asiguratorilor RCA, a Biroului Asiguratorilor de Autovehicule din România (B.A.A.R.) și a Fondului de garantare a asiguraților, vor fi transmise în termen de 30 de zile, în vederea stabilirii și plății de către asiguratorii RCA și de către BAAR a despăgubirilor cuvenite.

**Art. 8.** – Anual, prin grija directorului medical se realizează atât planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuțerniciți, cât și instruirea propriu-zisă, conform planificării aprobate.

**Art. 9.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de sunt următorii:

Valoarea/ Măsura avută în vedere la evaluarea indicatorului de eficacitate / eficiență pentru ultimul an calendaristic încheiat	Indicatori de eficiență și eficacitate MĂSURABILI
În toate situațiile în care se impune	a) Numărul de documente multiplicat eliberate este direct proporțional cu numărul de cereri de documente solicitate spre eliberare care întrunesc criteriile legale, în ultimul an calendaristic încheiat;
Eliberarea tuturor documentelor solicitate se realizează în termenul legal	b) Numărul de documente eliberate la cerere în intervalul de timp legal este direct proporțional cu numărul total de documente eliberate în ultimul an calendaristic încheiat.
conform planificării existente și/sau de câte ori a fost cazul	c) Numărul instruirilor periodice efectuate, în ultimul an calendaristic încheiat, ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuțerniciți este direct proporțional sau mai mare decât numărul respectivelor instruiți planificate în același interval de timp.

## 89. Utilizarea echipamentului individual de protecție

**Art.1.** - (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 (de exemplu: mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepărtarea și aruncarea echipamentului.

(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 și/sau paraclinice 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, farmaciști, kinezioterapeuți, biolog, chimist, bucătari
- b) – bluză alb cu albastru închis și pantalon albastru închis –asistenți medicali din toate sectoarele de activitate
- c) - bleu – infirmiere, îngrijitoare, garderobier
- d) - bleu – personal din serviciul spălătorie din zona curată
- e) – gri - personal din serviciul spălătorie din zona murdară
- f) – albastru ocean – registratori medicali, referenți, personal TESA

(5) Utilizarea echipamentului de spital este obligatorie de către tot personalul medico-sanitar și auxiliar pe toată durata programului.

(6) Personalul medico-sanitar și auxiliar-sanitar precum și cel din blocul alimentar și 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.2.** - 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.3.** - (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 curățării, 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:
  - intervenții chirurgicale;
  - examinare internă
  - intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal sterile; uneori sunt necesare mănuși duble;
  - abord vascular central prin puncție;
- b) de uz unic, nesterile, curate și se utilizează pentru:
  - examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
  - examinări curente, care implică un contact cu tegument pacient cu soluții de continuitate/abord venos;

- manipularea de materiale contaminate;
  - curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;
  - manipulare, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
- c) de uz general, menaj, de cauciucși se utilizează pentru:
- activități de întreținere, care implică un contact cu sânge și alte produse biologice considerate a fi contaminate;
  - colectare de materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
  - manipularea de materiale contaminate;
  - curățenie, îndepărtare de produse biologice
  - manipulare deseuri.
- d) din materiale ce protejează mâinile de agenți fizici (căldură, radiații, suprafețe abrazive, curent electric) și se utilizează în:
- sterilizare
  - activități cu risc de iradiere
  - 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, 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.4.** - Echipamentul de spital, altul decât cel din Blocul operator este constituit din halat, bluză și pantalon, bluză și fustă, rochie 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 din servicii de anatomie patologică precum și unele activități administrative (bucătărie, spălătorie, instalator);

**Art.5.** - Masca de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

**Art.6.** - Combinizoane impermeabile de unică folosință utilizate în situații excepționale (COVID-19, Ebola, infecții cu grad ridicat de contagiozitate).

**Art.7.** - Protectoare faciale (ochelari) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

**Art.8.** - Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință.

**Art.9.** - Cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie în spălătorie sau de muncitorii din formațiunea de cazarmare.

**Art.10.** - Halate de unică folosință se folosesc:

a) În blocul operator – halate chirurgicale, de unică folosință, care asigură bariera corespunzătoare între pacient și personalul medical, confortabile.

b) Pentru uzul vizitatorilor din secțiile spitalului – din material nețesut, asigură igiena și protecția pacienților.

**Art.11.** - (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 Blocul operator:

- personalul medico-sanitar care participă activ la actul operator: una sau două perechi de mănuși, în funcție de manevrele efectuate, de unică folosință, sterile, halate de unică folosință special destinate blocului operator, măști faciale, ochelari de protecție, bonete/capeline, papuci utilizați doar în blocul operator;
- personalul medico-sanitar ce nu participă activ la actul operator: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție
- personalul din anestezie: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție
- în situația în care actul operator implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (Febre hemoragice etc) sub echipamentul steril este necesar ca personalul din echipa chirurgicală și anestezică și cel auxiliar din sala de operație să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).

**ATENȚIE: În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală, inclusiv încălțăminte!**

b) În spațiile unde se efectuează manevre invazive din cadrul Laboratorului de radiologie imagistică medicală – se recomandă echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, ochelari de protecție;

c) În serviciul de urgență al spitalului - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție.

d) În A.T.I. - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.

e) În secțiile spitalului altele decât A.T.I. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.

f) În zona de acces din ATI este asigurat spațiu (zona de filtru) și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv pentru personalul medical din alte secții după cum urmează: halat și botoși de unică folosință.

g) În situația în care actul medical (la patul pacientului în secțiile și compartimentele spitalului, explorări funcționale, servicii de urgență etc) implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (febre hemoragice 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).

h) Accesul în infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților de la nivelul fiecărei secții 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 izolator și constituie deșeu contaminat.

i) **În ambulatoriul integrat** se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție.

j) **Personalul supus radiațiilor** utilizează următoarele categorii de echipament de protecție la radiații suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă (echipament de spital): șorț de cauciuc cu plumb, guler cu plumb, dispozitiv de protecție gonade masculine, inclusiv dozimetre. Echipamentul individual de protecție se acordă gratuit, atât angajaților proprii, cât și tuturor categoriilor de persoane care au acces în zona controlată în care se desfășoară activități nucleare (personal de inspecție și control, personal în stagii de practică, personale care ajută voluntar pacientul, aparținători). Echipamentul individual de protecție la radiații trebuie să aibă autorizație de securitate radiologică pentru produs, conform Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

k) **Personalul din serviciul de sterilizare** utilizează următoarele categorii de echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, mască facială textilă, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

l) **Personalul medico-sanitar din secții care pregătește instrumentar pentru sterilizat** utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

m) **Personalul din laboratorul de analize medicale** 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.

n) **Vizitatorii din secții, altele decât ATI**, trebuie să poarte halatul de unica folosință pus la dispoziție de spital, la intrarea în secție.

o) **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.

p) **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.

q) **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.

r) **Persoanele care manipulează lenjeria în spălătoria 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 și care se schimbă zilnic;
- personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare bleu.
- 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 refolosesc;
- uniforme de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.

s) **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.

t) **Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii)** trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorțuri etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.



- u) *Personalul care schimbă lenjeria la salon* trebuie să folosească mănuși de unică folosință, suprahalat, mască, bonetă.

## **CAPITOLUL XII - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR**

---

**Art.1.** - (1) Procedura și criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul Spitalului Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil 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 Orășenesc „Sfânta Filofteia” Mizil comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului contractual**

**Art.2.** (1) **Criterii și proceduri de evaluare profesională a salariaților.** Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual de execuție și conducere reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual, prin compararea gradului și modului de îndeplinire a criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale stabilite cu rezultatele obținute în mod efectiv de către personalul contractual, pe parcursul unui an calendaristic și urmărește:

a) corelarea obiectivă dintre activitatea și cunoștințele personalului contractual necesare îndeplinirii obiectivelor individuale, stabilite în baza atribuțiilor din fișa postului, și cerințele funcției contractuale, prin raportare la nivelul funcției contractuale deținute;

b) asigurarea unui sistem motivațional, astfel încât să fie determinată creșterea performanțelor profesionale individuale;

c) identificarea necesităților de instruire a personalului contractual, pentru îmbunătățirea rezultatelor activității desfășurate în scopul îndeplinirii obiectivelor stabilite

**Art.3.** \_Procedura de evaluare a performanțelor profesionale se aplică fiecărui angajat, în raport cu cerințele postului.\_Perioada evaluată este cuprinsă între 1 ianuarie și 31 decembrie din anul pentru care se face evaluarea. Perioada de evaluare este cuprinsă între 1 ianuarie și 1 martie din anul următor perioadei evaluate. Beneficiază de evaluarea performanțelor profesionale individuale personalul contractual care a desfășurat efectiv activitate minimum 6 luni în anul calendaristic pentru care se realizează evaluarea.

**Art.4.** (1) Procedura de evaluare a performanțelor profesionale individuale nu se aplică în următoarele situații:

a) persoanelor angajate ca debutanți, pentru care evaluarea se face după expirarea perioadei corespunzătoare stagiului de debutant;

b) angajaților al căror contract individual de muncă este suspendat, potrivit legii, pentru care evaluarea se face după 6 luni de la reluarea activității;

c) angajaților promovați într-o altă funcție de execuție sau într-o funcție de conducere, precum și celor angajați din afara unității, pentru care momentul de evaluare se stabilește de conducerea fiecărei instituții publice, dar nu mai devreme de 6 luni de la data promovării/angajării;

d) angajaților aflați în concediu plătit pentru îngrijirea copiilor în vârstă de până la 2 ani, pentru care evaluarea se face la expirarea a 6 luni de la data reluării activității;

e) angajaților care nu au prestat activitate în ultimele 12 luni, fiind în concediu medical sau în concediu fără plată, acordat potrivit legii, pentru care momentul evaluării se stabilește de conducerea fiecărei instituții publice, dar nu mai devreme de 6 luni de la data reluării activității.

(2) Evaluarea performanțelor profesionale individuale se realizează de către evaluator.

**Art.5. (1) Are calitatea de evaluator:**

a) persoana care conduce sau coordonează compartimentul în cadrul căruia își desfășoară activitatea persoana cu funcție de execuție evaluată;

b) persoana de conducere ierarhic superioară potrivit structurii organizatorice a unității sanitare publice, pentru persoanele de conducere.

(2) Calificativul acordat în baza fișei de evaluare a performanțelor profesionale individuale se aprobă de conducătorul instituției publice.

(3) Calificativul final al evaluării se stabilește pe baza notei finale, după cum urmează:

a) între 1,00-2,00 - nesatisfăcător;

b) între 2,01-3,50 - satisfăcător;

c) între 3,51-4,50 - bine;

d) între 4,51-5,00 - foarte bine.

(4) 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.

(5) Pentru a obține nota pentru îndeplinire criteriilor de evaluare se face media aritmetică a notelor acordate pentru îndeplinirea fiecărui criteriu de performanță

(6) Semnificația notelor este următoarea: nota 1 - nivel minim și nota 5 - nivel maxim.

(7) Ulterior finalizării fișei de evaluare are loc interviul. Interviul este o discuție între evaluator și persoana evaluată în cadrul căreia se aduce la cunoștința 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.

(8) 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.

(9) 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

(10) 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.

(11) 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.

(12) Rezultatul contestației se comunică contestatarului în termen de 5 zile de la depunerea acesteia.

### **13. CRITERII de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalul contractual**

1.	<p><b>Cunoștințe și experiență profesională</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ îndeplinirea atribuțiilor prevăzute în fișa postului cât și a obligațiilor prevăzute în ROF, RI, CCM, proceduri, decizii, note interne – (1)</li> <li>▪ capacitatea de a rezolva problemele din activitatea curentă – (1)</li> <li>▪ completarea formularelor (documentelor) specifice activității desfășurate –(1)</li> <li>▪ capacitatea de perfecționare profesională și aplicarea cunoștințelor dobândite, participarea la sesiuni de training și ședințe –(1)</li> <li>▪ adaptabilitate în cadrul activităților obișnuite și al lucrărilor neplanificate – (1)</li> </ul>
2.	<p><b>Promptitudine și operativitate în realizarea atribuțiilor de serviciu prevăzute în fișa postului</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ atitudine activă în soluționarea problemelor și realizarea sarcinilor de serviciu – (2)</li> <li>▪ intervine prompt la solicitările ce corespund atribuțiilor sale profesionale – (1)</li> <li>▪ cunoaște și respectă legislația specifică postului ocupat, codul de etică și deontologie profesională și Legea privind exercitarea profesiei sale, manifestă grijă față de pacient – (1)</li> <li>▪ acționează rapid și eficient în cazuri de urgență – (1)</li> </ul>
3.	<p><b>Calitatea lucrărilor executate și a activităților desfășurate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ confirmată prin lipsa sancțiunilor disciplinare sau a acuzațiilor malpraxis – (1)</li> <li>▪ asigură respectarea drepturilor pacienților conform Legii pacientului - (1)</li> <li>▪ asigură păstrarea secretului profesional și oferă informații aparținătorilor numai în interesul bolnavului - (1)</li> <li>▪ respectă reglementările privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor nosocomiale-(1)</li> <li>▪ nr. de pacienți / medic /lună - (1)</li> <li>- în cazul medicilor specialități chirurgicale și gradul de operabilitate/medic</li> </ul>
4.	<p><b>Asumarea responsabilităților prin receptivitate, disponibilitate la efort suplimentar, perseverență, obiectivitate, disciplină</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ respectă confidențialitatea tuturor aspectelor legate de locul de muncă, demonstrează fidelitate față de unitate și transmite informații favorabile imaginii acesteia în momentul interacțiunii cu terțe persoane - (1)</li> <li>▪ atitudinea corespunzătoare manifestată în relațiile cu restul personalului din cadrul organizației – (1)</li> <li>▪ respectă disciplina muncii (Norme Gen Prot Muncii și PSI, Norme Securitatea si Sanatate Munca, RI, ROF, proceduri, note interne, decizii, dispoziții scrise și verbale date de conducătorul superior)- (1)</li> <li>▪ să nu expună la pericolul de accidente sau îmbolnăvire profesională atât propria persoana cât și pe cei din jur - (1)</li> <li>▪ îndeplinește orice alte sarcini stabilite pe cale ierarhic superioară - (1)</li> </ul>
5.	<p><b>Intensitatea implicării în utilizarea echipamentelor și a materialelor cu încadrarea în normative de consum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ se încadrează în normativele de consum la medicamente, materiale sanitare, materiale de curățenie, furnituri, consumabile etc.(după caz) – (1)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ face demersuri în aprovizionarea secției/compartimentului/cabinetului medical cu produsele și consumabile necesare desfășurării activității prin evaluarea necesarului corespunzător (nici supraevaluare și nici subevaluare) - (2)</li> <li>▪ răspunde de buna utilizare și păstrare a instrumentarului, aparaturii medicale, dispozitivelor medicale și nemedicale fiind direct răspunzător de utilizarea și păstrarea corespunzătoare a acestora - (1)</li> <li>▪ colectează și depozitează deșeurile din activitatea desfășurată în vederea distrugerii cf. normelor în vigoare - (1)</li> </ul>
6.	<b>Adaptarea la complexitatea muncii, inițiativă și creativitate</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adaptarea la atribuții noi - (2)</li> <li>▪ comportament adecvat în situații de urgență - (1)</li> <li>▪ inventivitate în găsirea unor căi de optimizare a activității desfășurate - (1)</li> <li>▪ crearea de moduri alternative de rezolvare a problemelor curente - (1)</li> </ul>
7.	<b>Condiții de muncă</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ se implică activ în amenajarea și dotarea secției/compartimentului/cabinetului medical - (1)</li> <li>▪ respectă normele de igienă la locul de muncă, normele de securitate și sănătate în muncă, și apărare împotriva incendiilor și situații de urgență - (1)</li> <li>▪ poartă, conform legii, echipamentul de protecție, care va fi schimbat ori de câte ori este nevoie - (1)</li> <li>▪ respectă circuitele funcționale și interdicțiile de acces – (1)</li> <li>▪ respectă circuitul documentelor și ordinea ierarhică – (1)</li> </ul>

**14. În cazul medicilor, asistentelor medicale și personalului auxiliar (infirmiere și îngrijitoare) se va ține cont și de:**

1.	<b>Comunicarea cu pacienții și aparținătorii ( în cazul medicilor, asistentelor medicale și personalul auxiliar)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Să nu fi existat sesizări, plângeri sau reclamații din partea pacienților, familiei sau aparținătorilor cu privire la îndeplinirea sarcinilor de serviciu în urma cărora să se fi stabilit că salariatul a încălcat normele deontologice și etice (2)</li> <li>▪ Să manifeste față de pacient empatie, blândețe, calm (2)</li> <li>▪ Să asculte cu răbdare pacientul atunci când acesta dorește să transmită ceva (1)</li> </ul>
----	--

**15. Pentru funcțiile de conducere se va ține cont, pe lângă cele prezentate mai sus, inclusiv comunicarea cu pacienții și aparținătorii, și de următoarele criterii:**

1.	<b>Cunoștințe despre scopul, obiectivele și rolul compartimentului în ansamblul unității</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se asigură că personalul din subordine respectă programul de lucru (1)</li> <li>▪ se preocupă permanent de ridicarea nivelului propriu de cunoștințe precum și al personalului subordonat (1)</li> <li>▪ se asigură că în cadrul secției/compartimentului nu există încălcări ale legislației privind protecția datelor cu caracter personal (1)</li> <li>▪ se asigură că personalul din subordine cunoaște legislația aplicabilă în domeniu (1)</li> <li>▪ modul de raportare la obiectivele generale și specifice ale spitalului (1)</li> </ul>
2.	<b>Capacitatea de a lua decizii optime și asumarea răspunderii în legătură cu acestea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eficiență (2,5)</li> <li>▪ eficacitate (2,5)</li> </ul>
3.	<b>Capacitatea de organizare și de coordonare a activității compartimentului</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verifică respectarea de către întregul personal din subordine a sarcinilor de serviciu și a normelor de comportare în unitate, stabilite prin documente interne; (1)</li> <li>▪ controlează permanent activitatea desfășurată cât și comportamentul personalului din subordine; (1)</li> <li>▪ organizează și îndrumă activitatea personalului din subordine (1)</li> <li>▪ cunoașterea personalului din subordine, poziția acestuia în organizarea unității, sarcinile și atribuțiile fiecărui post existent în secția/compartimentul respectiv (1)</li> <li>▪ delegarea de atribuții (1)</li> </ul>
<b>4.</b>	<p><b>Capacitatea de a crea în compartimentul condus un climat stimulat, neconflctual și de bună colaborare cu alte compartimente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ modalitățile de comunicare: relații deschise, prietenești, ajutor reciproc, toleranță (1,5)</li> <li>▪ tehnicile de motivare predominant stimulativ (2)</li> <li>▪ comportamentul participativ, deschis, stimulat (1,5)</li> </ul>

(16) 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.

(17) Pentru a obține nota pentru îndeplinire criteriilor de evaluare se face media aritmetică a notelor acordate pentru îndeplinirea fiecărui criteriu de performanță

(18) Semnificația notelor este următoarea: nota 1 - nivel minim și nota 5 - nivel maxim

## **CAPITOLUL XIII DISPOZIȚII FINALE**

**Art.1.** Cunoașterea și respectarea Regulamentului intern este obligatorie pentru toate categoriile de personal din cadrul Spitalului

**Art.2.** Regulamentul se afișează pe site-ul Spitalului, la intrare în secretariat și la RUNOS.

**Art.3.** RUNOS va aduce la cunoștința fiecărui angajat, sub semnătură, conținutul prezentului Regulament și va pune la dispoziția acestora, la cerere, contra cost, în vederea documentării și consultării, exemplare din Regulamentul intern.

**Art.4.** Pentru personalul angajat după intrarea în vigoare a Regulamentului, prelucrarea se va face de către RUNOS, informarea fiind confirmată prin semnătură.

**Art.5.** (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.6.** - Anexele fac parte integrantă din prezentul Regulament. Prezentul Regulament intern al Spitalului a fost aprobat azi, 30 octombrie 2020, în ședința Comitetului director cu consultarea sindicatelor.

(la Regulamentul Intern)

APROB

Desfășurarea interviului în data de  
....., interval orar.....  
Managerul Spitalului \_\_\_\_\_

### 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 ascuse 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 \_\_\_\_\_

(la Regulamentul Intern)

## **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;

ANTET

Anexa nr. 3  
(la Regulamentul Intern)

**ACORD LIBER CONSIMTIT**

Subsemnatul, .....CNP.....domiciliat  
in....., 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 protectia datelor), imi exprim consimtamentul, 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

ANTET

**PROTOCOL DE COLABORARE**

**CAP. 1 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 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/ reprezentanților 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/ reprezentantii 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.**

ANTET

Anexa nr. 6  
(la Regulamentul Intern)

**ACORD LIBER CONSIMTIT PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENTULUI**

Subsemnatul<sup>15</sup> \_\_\_\_\_

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 protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestora si reglementarilor emise in 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 prenume<sup>16</sup>: \_\_\_\_\_

Semnatura<sup>17</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>15</sup> Nume, prenume pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

<sup>16</sup> Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

<sup>17</sup> 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

SPITALUL ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL  
JUDEȚUL PRAHOVA



Nr.: SP14 / 1. XI. 2022.

**AVIZAT,**  
AUTORITATEA PUBLICĂ LOCALĂ,  
U.A.T. MIZIL  
**PRIMAR,**  
Ing. Jr. CĂLIN SILVIU NEGRARU



**APROB**  
**MANAGER,**  
Dr. Ec. Ing. Jr. ROȘU LEONARD



**ACT ADIȚIONAL NR. 1**  
**LA REGULAMENTUL INTERN**  
**DIN CADRUL SPITALULUI ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA”**  
**MIZIL**

**Director medical,**  
Dr. Gentoiu Florin

**Director financiar-contabil,**  
Ec. Burlacu Daniela



Președinte: dr. Soysaler Cezara Andreea

**AVIZAT,**  
Compartiment Juridic,  
Ioniță Vasilica

**AVIZAT,**  
Sindicatul SANITAS  
Președinte: Balașa Cornelia



## ACT ADIȚIONAL NR. 1

### *Având în vedere:*

- Legea nr. 283 din 17 octombrie 2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 53/2003 - Codul muncii, precum și a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, începând cu data prezentei Regulamentului Intern se modifică astfel:

**Art. 1.** Se introduce un capitol nou intitulat „Reguli referitoare la preaviz” astfel:

- (1) Preavizarea reprezintă informarea salariatului cu privire la faptul că la o anumită dată îi va înceta contractul individual de muncă. Scopul termenului de preaviz stabilit în beneficiul salariatului are în vedere acordarea unei perioade de timp pentru ca acesta să își caute un nou loc de muncă. Termenul de preaviz nu operează pe durata efectuării concediului de odihnă.
- (2) Modul de calcul al termenului de preaviz este stabilit prin dispozițiile art.181 din Codul de procedură civilă referitoare la calculul termenului pe zile: „când termenul se socotește pe zile, nu intră în calcul ziua de la care începe să curgă termenul, nici ziua când se împlinește”.
- (3) Informarea cu privire la încetarea contractului individual de muncă trebuie să fie anterioară comunicării deciziei de concediere.
- (4) Preavizul trebuie să aibă formă scrisă ad probationem.
- (5) În cazul în care contractul de muncă este suspendat de drept, din inițiativa salariatului sau a angajatorului, termenul de preaviz va fi suspendat corespunzător perioadei suspendării.
- (6) Termenul de preaviz nu se suspendă în situația suspendării contractului individual de muncă ca urmare a absențelor nemotivate ale salariatului.
- (7) Preavizul nu se acordă în cazul în care contractul individual de muncă încetează în perioada de probă.
- (8) Termenul de preaviz este cel convenit de părți în contractul individual de muncă sau, după caz, cel prevăzut în contractele de muncă aplicabile și nu poate fi mai mare de 20 de zile lucrătoare pentru salariații cu funcții de execuție, respectiv de 45 de zile lucrătoare pentru salariații care ocupă funcții de conducere.
- (9) Pe durata preavizului contractul individual de muncă continuă să își producă toate efectele. În această perioadă salariatul este obligat să își îndeplinească toate sarcinile profesionale la locul de muncă.
- (10) În situația în care în perioada de preaviz contractul individual de muncă este suspendat, termenul de preaviz va fi suspendat corespunzător.

(11) Contractul individual de muncă încetează la data expirării termenului de preaviz sau la data renunțării totale ori parțiale de către angajator la termenul respectiv. Salariatul poate demisiona fără preaviz dacă angajatorul nu își îndeplinește obligațiile asumate prin contractul individual de muncă.

(12) În cazul în care se dispune concedierea salariatului pentru motive care țin de persoana salariatului, din cauza inaptitudinilor fizice sau psihice, din cauza incompetențelor profesionale sau pentru motive care nu țin de persoana salariatului, perioada de preaviz este de 20 de zile lucratoare.

(13) În perioada de preaviz salariatul poate solicita învoire pentru căutarea altui loc de muncă. Învoirile nu pot fi mai mari de 8 ore pe săptămână, separat sau cumulat.

(14) 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.

(15) Salariatul poate demisiona fără preaviz dacă angajatorul nu își îndeplinește obligațiile asumate prin contractul individual de muncă.

**Art. 2. Se completează Capitolul XIII – Dispoziții finale astfel:**

(1) Angajatorul are obligația de a aduce la cunoștința fiecărui salariat prevederile regulamentului intern, în prima zi de lucru și de a face dovada îndeplinirii acestei obligații.

(2) Aducerea la cunoștința salariaților a prevederilor regulamentului intern se poate realiza pe suport hârtie sau în format electronic, cu condiția ca, în acest din urmă caz, documentul să fie accesibil salariatului și să poată fi stocat și printat de către acesta.

(3) Regulamentul intern își produce efectele față de salariat de la momentul luării la cunoștință a acestuia.



SPITALUL ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA” MIZIL  
JUDEȚUL PRAHOVA

NR.: 9634/13.XI.2023.

AVIZAT,  
AUTORITATEA PUBLICĂ LOCALĂ,  
U.A.T. MIZIL  
PRIMAR,  
Ing. Jr. CĂLIN SILVIU NEGRARU

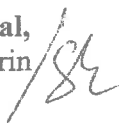


APROB  
MANAGER,  
Dr. Ec.Ing.Jr. ROSU LEONARD

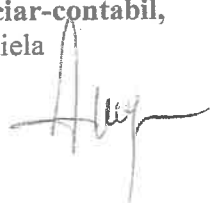


ACT ADIȚIONAL NR. 2  
LA REGULAMENTUL INTERN  
DIN CADRUL SPITALULUI ORĂȘENESC „SFÂNTA FILOFTEIA”  
MIZIL

Director medical,  
Dr. Gentoiu Florin



Director financiar-contabil,  
Ec. Burlacu Daniela



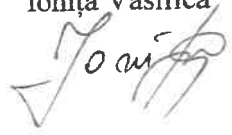
AVIZAT,  
Consiliul Etic  
Președinte: dr. Soysaler Cezara Andreea



AVIZAT,  
Sindicatul SANITAS  
Președinte: Bălașa Cornelia



AVIZAT,  
Compartiment Juridic,  
Ionița Vasilica



## ACT ADIȚIONAL NR. 2

### **I. Având în vedere:**

- OMS 1372/2023 care a adus completări la *OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*
- LEGEA nr. 328 din 7 noiembrie 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 1020 din 8 noiembrie 2023

începând cu data prezentei **articolul 7 din subcapitolul nr. 88** privind „*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 Regulamentul Intern **se va modifica** și va avea următorul conținut, astfel:

**Art. 1. – Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuterniciți se realizează în strictă concordanță cu prevederile *OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, urmărindu-se respectarea următoarelor reguli:**

- a) Spitalul Orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale.
- b) Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează de către pacienți/aparținători/împuterniciți, în scris, prin completarea formularului „*Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale*”, prevăzut în **anexa nr. 3 la OMS 1410/2016**.
- c) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu, solicitantul trebuie să facă dovada că are calitatea de aparținător/reprezentant legal.
- d) În cazul persoanelor împuternicite care solicită documente medicale ale pacienților, acestea este necesar să anexeze „*Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale*” prevăzut în **anexa nr. 5 la OMS 1410/2016**.
- e) În situația în care pacientul s-a aflat în imposibilitatea de a-și exprima acordul prevăzut la alin. d) și a intervenit decesul acestuia, datele consemnate în foaia de observație a acestuia,

Având în vedere necesitatea revizuirii unor reglementări din Regulamentul Intern și transpunerea lor în procedură,

**Art. 2.** Începând cu data prezentei următoarele puncte (subcapitole) ale capitolului XI „**MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE**” se vor abroga, astfel:

1. Punctul 30 privind „*Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-22 nr. 9472/07.11.2023

2. Punctul 37 privind „*Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență de a trata cazuri oncologice*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-21 nr. 9471/07.11.2023

3. Punctul 74 privind „*Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților*” fiind întocmită procedura operațională PO-DM-23 nr. 9470/07.11.2023

**Art. 3.** Celelalte articole vor rămâne neschimbate.

**MANAGER,**

Dr. Ec.Ing.Jr. **LEONARD**



**PRIMAR,**

Ing. Jr. **CĂLIN SILVIU NEGRARU**

