



**SPITALUL ORĂȘENESC JIBOU**

**Dr. Traian HERȚA**

Tel/fax 0260-644710

Str. Libertății nr. 28, Jibou , 455200, Jud.

e-mail: [spital.orasenescjibou@yahoo.com](mailto:spital.orasenescjibou@yahoo.com)

[www.spitaljibou.ro](http://www.spitaljibou.ro)



**Nr.499**

**Din: 20.01.2026**

Exemplarul nr. \_\_\_\_

**A P R O B**  
**PRIMARUL ORAȘULUI JIBOU**

**Ing.Dan GHIURCO**

**R E G U L A M E N T U L**  
**D E O R G A N I Z A R E Ș I F U N C Ţ I O N A R E A L**  
**SPITALULUI ORĂȘENESC JIBOU**  
**”DR. TRAIAN HERȚA”**

**JIBOU**  
**- 2026 -**

# CUPRINS

|                                                                                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Cap. I - DISPOZIȚII GENERALE .....</b>                                                                                                                                                               | <b>5</b>  |
| <b>Cap. II - OBIECT DE ACTIVITATE.....</b>                                                                                                                                                              | <b>7</b>  |
| <b>Cap. III – CONDUCEREA SPITALULUI.....</b>                                                                                                                                                            | <b>11</b> |
| <b>Cap. IV – STRUCTURA ORGANIZATORICĂ A SPITALULUI.....</b>                                                                                                                                             | <b>13</b> |
| Secțiunea 1 - Organizarea structurilor din compunerea Spitalului .....                                                                                                                                  | 13        |
| Secțiunea 2 - Sistemul de relații .....                                                                                                                                                                 | 14        |
| Secțiunea 3 - Planificarea, organizarea, coordonarea și desfășurarea activităților.....                                                                                                                 | 15        |
| Secțiunea 4 - Domeniile de responsabilitate și activitățile specifice structurilor din compunerea Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" .....                                                   | 15        |
| <b>CAP. V - COMISIILE, CONSILIILE, COMITETELE ȘI GRUPURILE DE LUCRU ORGANIZATE LA NIVELUL SPITALULUI .....</b>                                                                                          | <b>42</b> |
| <b>Cap. VI - FINANȚAREA SPITALULUI.....</b>                                                                                                                                                             | <b>46</b> |
| <b>Cap. VII – DISPOZIȚII FINALE .....</b>                                                                                                                                                               | <b>48</b> |
| <b>ANEXE.....</b>                                                                                                                                                                                       | <b>50</b> |
| Glosar de termeni .....                                                                                                                                                                                 | 50        |
| Obligațiile pacienților internați în cadrul Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" .....                                                                                                         | 53        |
| Drepturile și obligațiile aparținătorilor/ vizitatorilor pacienților internați în cadrul Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" .....                                                            | 55        |
| Regulament de organizare și funcționare al Comitetului director .....                                                                                                                                   | 57        |
| Regulament de organizare și funcționare al Consiliului medical .....                                                                                                                                    | 61        |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale .....                                                 | 65        |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial pentru implementarea și dezvoltarea sistemelor proprii de control intern managerial ..... | 68        |
| Regulamentul de organizare și funcționare a Grupului de lucru constituit în vederea aplicării metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție .....                                          | 82        |
| Regulament de organizare și funcționare al Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.....                                                                                     | 92        |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților.....                                                   | 95        |
| Regulament de organizare și funcționare al Consiliului etic .....                                                                                                                                       | 101       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei medicamentului .....                                                                                                                                | 108       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de farmacovigilență .....                                                                                                                           | 111       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de cercetare disciplinară.....                                                                                                                      | 113       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comitetului de sănătate și securitate în muncă .....                                                                                                         | 116       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de analiză a decesului .....                                                                                                                        | 120       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale .....                                                      | 123       |
| Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de apărare .....                                                                                                                                    | 125       |
| Regulament de organizare și funcționare al Grupului de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital .....                                                          | 128       |



-Pagină albă-

## **Cap. I - DISPOZIȚII GENERALE**

**Art. 1.** - (1) Prezentul regulament de organizare și funcționare al Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța", denumit în continuare "*Spitalul*", a fost întocmit în conformitate cu normele legale incidente în vigoare diferitelor sectoare de activitate din cadrul spitalului.

(2) În măsura în care actele normative menționate explicit în prezentul Regulament sau care au stat la baza redactării unora dintre prevederile acestuia, 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 acestuia să se facă de către factorii responsabili din cadrul Spitalului, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

(3) Prevederile prezentului Regulament se adresează și se aplică următoarelor categorii de persoane, indiferent de naționalitate, vârstă, sex, rasă, convingeri politice și religioase:

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

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

c) însoțitorii persoanelor cu handicap/aparținători;

d) studenți, cursanți, practicanți;

e) voluntari de toate categoriile;

f) personal de cercetare;

g) vizitatori;

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

i) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;

j) medici/farmacisti rezidenți/colaboratori;

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

**Art. 2.** - (1) Spitalul Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" este organizat și funcționează în conformitate cu prevederile *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, ca unitate sanitară cu paturi de utilitate publică, cu personalitate juridică, care asigură servicii medicale în regim de spitalizare continuă și de zi, servicii medicale ambulatorii de specialitate și paraclinice, servicii medicale de urgență, curative, preventive și de recuperare. Spitalul are în structură un număr de 105 de paturi destinate spitalizării continue și 6 de paturi pentru spitalizarea de zi.

(2) În conformitate cu prevederile din *Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, Spitalul Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" este un spital de tip orășenesc, ce furnizează servicii medicale, în timp de pace, situații de criză sau de război și care are ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale de specialitate populației orașului Jibou și a localităților arundate.

(3) Prin *Hotărârea Guvernului nr. 529 din 2 iunie 2010 pentru aprobarea menținerii managementului asistenței medicale la autoritățile administrației publice locale care au desfășurat faze-pilot, precum și a Listei unităților sanitare publice cu paturi pentru care se menține managementul asistenței medicale*, precum și a *Ordonanței de Urgență nr. 48 din 2 iunie 2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării*, începând cu data de 1 iulie 2010, spitalul a trecut din subordinea Direcției de Sănătate Publică Sălaj în cea a autorităților locale, reprezentate de Consiliul Local al Primăriei Jibou.

(4) Spitalul este o unitate sanitară publică, cu personalitate juridică, de categoria a –V- a care asigură servicii medicale conform competențelor stabilite de Ministerul Sănătății.

**Art. 3.** - Asistența medicală în Spital se realizează în cadru autorizat, potrivit legii.

**Art. 4.** - Spitalul îndeplinește condițiile de autorizare sanitară, funcționare și de competență, prevăzute de lege.

**Art. 5.** - Spitalul Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" funcționează neîntrerupt în program de 24h/24h în ceea ce privește acordarea asistenței medicale de urgență și în cadrul secțiilor și compartimentelor cu paturi, ora de începere și ora de terminare a programului zilnic pentru fiecare loc de muncă și categorie de personal fiind stabilite prin regulamentul intern al unității și comunicat salariaților acesteia.

**Art. 6.** - Activitatea medicală și administrativă a Spitalului se desfășoară în următoarele 5 locații diferite în care funcționează spitalul, construcții amplasate pe teritoriul orașului Jibou:

- Sediul central - str. Libertății, nr. 28;
- Str. Crișan, nr. 1;
- Str. 1 Decembrie 1918, nr.5;
- Str. Libertății, nr. 25;
- Str. Libertății, nr. 27.

**Art. 7.** - Coordonatele de contact ale Spitalului sunt următoarele:

- adresa sediului principal: str. Libertății, nr. 28, orașul Jibou, jud. Sălaj, tel. 0260/644710, fax. 0260/644710,
- e-mail: [spital.orasenescjibou@yahoo.com](mailto:spital.orasenescjibou@yahoo.com),
- adresă web: [www.spitaljibou.ro](http://www.spitaljibou.ro).

## **Cap. II - OBIECT DE ACTIVITATE**

**Art. 8.** – (1) În cadrul Spitalului, în raport cu misiunile acestuia, se desfășoară următoarele activități principale, secundare și auxiliare – autorizate prin autorizația sanitară de funcționare, după cum urmează:

- a) Activitate principală: Asistență medicală spitalicească – cod CAEN 8610;
- b) Activități secundare:
  - a. Asistență medicală specializată – cod CAEN 8622;
  - b. Servicii de diagnostic imagistic și activități ale laboratoarelor medicale – cod CAEN 8691.
- c) Activități auxiliare, cum sunt: contabilitatea, transportul, depozitarea, achiziționarea, hrănirea, echiparea, repararea și întreținerea, curățenia etc.

(2) Prin Camera de garda, Spitalul asigură primul ajutor și asistență medicală de urgență persoanelor a căror stare de sănătate este critică.

(3) Pentru pacienții internați spitalul asigură și răspunde de calitatea actului medical, condiții de cazare, igienă, alimentație și prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale conform normelor aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății.

**Art. 9.** - (1) În raport cu obiectul său de activitate, spitalul asigură pentru populația deservită, în principal, următoarele servicii medicale:

- a) acordarea primului ajutor medical și asistență medicală de urgență, dacă starea sănătății persoanei este critică, fără nicio discriminare indiferent dacă pacientul are sau nu asigurare medicală;
- b) respectarea criteriilor de internare de urgență a pacienților consultați/asistați la unitatea de primiri urgențe și criteriile de transfer de urgență către alte spitale - stabilite prin norme de aplicare;
- c) prevenirea și combaterea bolilor transmisibile, a bolilor profesionale, cronice și degenerative;
- d) asigurarea condițiilor pentru investigații medicale, tratament, igiena alimentelor și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- e) efectuarea consultațiilor, investigațiilor, stabilirea diagnosticului, internarea, efectuarea tratamentelor și a altor îngrijiri medicale tuturor bolnavilor spitalizați, precum și, după caz, celor tratați ambulatoriu;
- f) acordarea serviciilor medicale preventive, curative, de recuperare, care cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă;
- g) controlul și supravegherea medicală sistematică a unor categorii de bolnavi și a unor grupe de populație expuse unui risc crescut de îmbolnăvire;
- h) respectarea protocoalelor de transfer interspitalicesc al pacienților critici, elaborate conform modelului prevăzut prin ordin al ministrului sănătății;
- d) achiziționarea, gestionarea și distribuirea medicamentelor, conform prescripțiilor medicale;
- e) achiziționarea, depozitarea, distribuirea, întreținerea și utilizarea instrumentarului și aparaturii medicale, a altor produse tehnico-medice, potrivit normelor în vigoare;
- f) controlul și urmărirea calității medicamentelor administrate bolnavilor în vederea creșterii eficienței tratamentelor, evitării riscului terapeutic și a fenomenelor adverse;
- g) crearea unor condiții moderne de confort, asigurarea unei alimentații specifice afecțiunilor și servirea mesei în condiții de igienă;
- h) asigurarea unui microclimat corespunzător, astfel încât să fie prevenită apariția de infecții asociate asistenței medicale;
- i) asigurarea asistenței medicale și a funcționalității Spitalului în perioade de calamități (înzăpeziri, inundații, cutremure) sau în alte situații cu caracter deosebit/de urgență;

j) educația sanitară a bolnavilor internați sau asistați în ambulatoriu;  
j) realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de securitate și sănătate în muncă și de pază contra incendiilor, precum și a celor privind protecția civilă corespunzător normelor legale;

k) respectarea dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere la consulturi interdisciplinare sau/și interspitalicești;

l) aprovizionarea cu biocide și materiale de curățenie și dezinfecție și utilizarea acestora în condițiile prevăzute de reglementările legale incidente în vigoare;

m) păstrarea confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale asigurate pacienților;

n) gestionarea corectă și la timp a dosarelor medicale ale pacienților, atât de către personalul medical (completarea integrală a FOCG și a tuturor documentelor medicale generate în structurile medicale din organigrama Spitalului), cât și de către structura de statistică și informatică medicală (în cadrul activității de colectare lunară/periodică a datelor și prelucrarea acestora în vederea generării de raportări periodice).

**Art. 10.** - În spital se desfășoară și activități de învățământ medical, care sunt astfel organizate încât să consolideze calitatea actului medical, cu respectarea drepturilor pacienților, a eticii și deontologiei medicale.

**Art. 11.** - Spitalul asigură desfășurarea activităților de educație medicală și cercetare (EMC) pentru medici, asistenți medicali și alt personal. Costurile acestor activități sunt de regulă suportate de personalul beneficiar. Spitalul poate suporta astfel de costuri, în condițiile legii și în limita alocărilor bugetare cu această destinație.

**Art. 12.** - Spitalul este în permanență pregătit pentru asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale, calamități sau alte situații de criză și este pregătit să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora.

**Art. 13.** - (1) Prin modul de organizare și funcționare, Spitalul, respectiv personalul angajat, are următoarele obligații:

a) de a asigura condiții de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

b) definirea manevrelor care implică soluții de continuitate, a materialelor utilizate și a condițiilor de sterilizare pentru fiecare secție în parte;

c) să nu utilizeze materiale și instrumente a căror condiție de sterilizare nu este sigură;

d) completarea prescripțiilor medicale conexe actului medical atunci când este cazul pentru afecțiuni acute, subacute, cronice (inițiale);

e) respectarea clauzelor contractuale cu C.A.S. Sălaj, respectiv suportarea sancțiunilor în caz de nerespectare a acestor clauze;

f) în cazul unor activități medicale sau farmaceutice pentru care spitalul nu are specialiști competenți în astfel de activități ori manopere medicale, se poate încheia un contract privind furnizarea unor astfel de servicii cu o altă unitate medicală publică sau privată acreditată. Spitalul poate încheia contracte privind furnizarea de servicii auxiliare, necesare funcționării acestuia, în condițiile prevederilor normelor legale incidente în vigoare;

g) prevenirea și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;

h) aprovizionarea și distribuirea medicamentelor;

i) aprovizionarea cu substanțe și materiale de curățenie și dezinfecție;

j) aprovizionarea în vederea asigurării unei alimentații corespunzătoare, atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ, conform legislației în vigoare;

k) realizarea condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de protecție a muncii și pază contra incendiilor, conform normelor în vigoare;

l) păstrarea confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților;

m) limitarea accesului vizitatorilor în spital în perioada de carantină sau interzicerea vizitării pe secție;

n) să înregistreze, să stocheze, să prelucreze și să transmită (către Ministerul Sănătății, Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj, Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate și D.S.P. Sălaj) informațiile privind activitatea de îngrijire, conform normelor elaborate de Ministerul Sănătății;

o) să aplice planul existent de pregătire profesională continuă a personalului medical;

p) organizarea și desfășurarea activității de arhivare a documentelor primite, generate și deținute de unitate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

q) asigurarea condițiilor optime de păstrare a fondului de documente cu respectarea termenelor de păstrare stabilite pentru unitățile sanitare.

(2) Atribuțiile personalului din cadrul spitalului sunt stabilite prin fișele de post.

(3) Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților, stabilite de către organele competente.

(4) Spitalul răspunde pentru acordarea asistenței medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților, precum și pentru respectarea dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere în consulturi interdisciplinare. În acest sens, Spitalul asigură accesul pacienților la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală<sup>1</sup>.

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

(6) Întreg personalul angajat al Spitalului are obligația de a respecta dreptul pacienților la respect ca persoane umane<sup>2</sup>, fără nicio discriminare<sup>3</sup>.

(7) Niciunui pacient nu i se va refuza dreptul la îngrijiri medicale din cauza neînregistrării nașterii sale în actele de stare civilă<sup>4</sup>.

**Art. 14. - (1) Misiunea Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" este oferirea unor servicii medicale de calitate, competitive, eficace și eficiente care să satisfacă echitabil necesitățile comunității pe care o deservește, urmărindu-se îmbunătățirea stării de sănătate și creșterea nivelului de satisfacție a pacienților noștri**

(2) **VIZIUNEA** echipei manageriale a Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" este de a oferi servicii de sănătate ireproșabile prin competențe profesionale deosebite și tehnologii de ultimă generație, având ca deziderat „EXCELENȚA ÎN SĂNĂTATE”. De asemenea, se dorește impunerea unui nou standard pentru serviciile medicale oferite în județul Sălaj, prin promovarea bunelor practici medicale și implementarea tehnologiilor inovatoare, astfel încât fiecare pacient să fie tratat ca fiind cel mai important, iar toate eforturile să fie canalizate pentru a preveni, a diagnostica, a trata și a oferi îngrijiri medicale la standarde internaționale, îmbunătățind calitatea vieții pacienților spitalului.

### **(3) Principiile și valorile declarate ale Spitalului sunt următoarele:**

a) **PATRIOTISM** concretizat în dragoste pentru neamul românesc, cultivat în spiritul și fapta unei profesii de credință și care presupune muncă, dăruire, jertfă și recunoștință.

b) **SPIRIT DE ECHIPĂ** – pentru că, împreună, suntem cu mult mai buni.

---

<sup>1</sup> Bază: art. 2 alin. (1) din OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;

<sup>2</sup> Bază: art. 2 alin. (2) din OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003

<sup>3</sup> Bază: Art. 3 din Legea 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare;

<sup>44</sup> Bază: Art. 361 din Legea 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare;

- c) **INTEGRITATEA** personalului instituției noastre, manifestată în exercitarea profesiei/funcției cu onestitate, bună-credință, responsabilitate și incoruptibilitate.
- d) **PROFESIONALISM** manifestat prin dorința de a oferi o calitate constant superioară în acordarea de servicii medicale, pentru că relația cu pacienții noștri să fie strânsă și de durată.
- e) **RESPONSABILITATE** tradusă prin abilitatea de a răspunde în mod inteligent și conștient la schimbările din mediul intern și mediul extern al organizației.
- f) **PERSEVERENȚĂ** în îndeplinirea obiectivelor, reinventând de fiecare dată tradiția, încurajând, fiecare dintre noi, efortul de a atinge superlativul profesiei.
- g) **CREATIVITATE și EXCELENȚĂ** în identificarea unor idei noi și în promovarea unor soluții de actualitate.
- h) **CURAJ** prin asumarea inteligență a riscurilor, promovarea adevărului și puterea de a transforma erorile în lecții învățate și aplicarea acestora în viitor.
- i) **LOIALITATE** față de instituția pe care o deservim, dar nu pentru că aceasta ne asigură resursele traiului de zi cu zi, ci datorită faptului că ea ne oferă posibilitatea de a face ce știm mai bine: **SĂ ÎNGRIJIM OAMENII!**

**Art. 15.** - În exercitarea atribuțiilor sale, Spitalul colaborează interinstituțional și cooperează, pentru îndeplinirea obiectivelor și misiunilor, cu diferite structuri locale/ zonale/ regionale, cu organele de specialitate ale administrației publice locale, unități sanitare și cu unități de învățământ, cu operatori economici, cu asociațiile de pacienți și cu alte asociații profesionale sau organizații neguvernamentale, potrivit reglementărilor în vigoare și în baza unor contracte/acorduri/protocoale de colaborare.

**Art. 16.** - Sensul unor termeni și expresii utilizate în prezentul Regulament este precizat în Anexa nr. 1 la acesta.

### **Cap. III – CONDUCEREA SPITALULUI**

**Art. 17.** - Conducerea Spitalului este asigurată, în conformitate cu prevederile *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, de către:

- a) Consiliul de administrație;
- b) Manager, care asigură conducerea curentă a spitalului;
- c) Comitetul director.

**Art. 18.** - Conducerea Spitalului acționează cu diligență pe care un bun proprietar o depune în administrarea bunurilor sale și răspunde de integritatea acestuia, precum și de întocmirea și prezentarea la termenele stabilite a situației patrimoniului în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

**Art. 19.** - (1) Consiliul de administrație al Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" funcționează în conformitate cu prevederile legale și are rolul de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare și funcționare a spitalului

(2) Consiliul de administrație este constituit în baza Hotărârii Consiliului Local nr.186 din 20.12.2024, a Dispoziției Primarului orașului Jibou nr. 3 din 09.01.2025 și Ordinului MS 1241/12.07.2021 având următoarea componență:

- a) un reprezentant al Primăriei orașului Jibou;
- b) trei reprezentanți ai Consiliului local Jibou (dintre care unul este economist)
- c) doi reprezentanți ai Direcției de Sănătate Publică Sălaj
- d) un reprezentant al structurii teritoriale a Colegiului Medicilor din România;
- e) un reprezentant al structurii teritoriale al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu statut de invitat.
- f) un reprezentant nominalizat de către sindicatul legal constituit în unitate (SANITAS), afiliat la federațiile sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară, participă ca invitat permanent la ședințele consiliului de administrație

(3) Instituțiile prevăzute la alin. (2) sunt obligate să își numească și membrii supleanți în consiliul de administrație

(4) Organizarea și funcționarea Consiliului de administrație se realizează în baza unui Regulament de organizare și funcționare propriu, elaborat și aprobat, potrivit prevederilor legale incidente în vigoare de către acesta

(5) În scopul implementării, după caz, a problemelor administrative care privesc managementul activităților de organizare și funcționare a Consiliului de administrație, Regulamentul de organizare și funcționare al acestuia se aduce la cunoștința conducerii spitalului, imediat după aprobare sau după orice modificare sau completare a acestuia.

**Art. 20.** - Membrii Consiliului de administrație au obligația de a depune declarație de avere și declarație de interese precum și o declarație cu privire la incompatibilități, în termen de maxim 30 zile de la numirea în funcție. Declarațiile se vor actualiza, ori de câte ori intervin modificări în situația persoanelor în cauzăși vor fi afișate pe site-ul Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța".

**Art. 21.** - Atribuțiile Consiliului de administrație sunt, în principal, cele prevăzute de art. 187 alin. (10) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, fiind detaliate în Regulamentul de organizare și funcționare elaborat și aprobat de către acesta.

**Art. 22 .** - (1) Managerul spitalului este ordonator terțiar de credite, reprezintă spitalul în relațiile cu terții și conduce activitatea Comitetului director în calitate de președinte al acestuia.

(2) Managerul spitalului încheie contract de management cu Primarul Orașului Jibou, conform prevederilor legale incidente în vigoare. Contractul de management poate fi prelungit pe

o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a postului, sau poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale, efectuată prin utilizarea criteriilor de performanță în baza cărora se efectuează evaluarea anuală a activității managerului, stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(3) Managerul spitalului, în calitate de reprezentant legal al instituției și în conformitate cu prerogativele conferite funcției prin lege și contractul de management încheiat cu Primarul Orașului Jibou, are în subordine întregul personal al spitalului, în mod direct sau indirect prin intermediul membrilor Comitetului Director.

(4) Atribuțiile managerului cât și obligațiile acestuia în domeniul incompatibilităților și al conflictului de interese, sunt prevăzute în contractul de management încheiat cu Primarul Orașului Jibou

(5) În perioada de interimat la conducerea Spitalului, managerul interimar numit prin act administrativ al Primarului Orașului Jibou, va exercita atribuțiile prevăzute de *O.M.S. nr. 1374/2016 pentru stabilirea atribuțiilor managerului interimar al spitalului public*.

**Art. 23.** – (1) Prin aplicarea prevederilor art. 181 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, la nivelul Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herta" funcționează un Comitet director, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- a) Manager
- b) Director medical
- c) Director financiar-contabil
- d) Asistentul - șef pe spital, desemnat prin decizie managerială (funcție nenominalizată în statul de funcții al spitalului)

(2) Ocuparea funcțiilor specifice Comitetului director, se face prin concurs, organizat de către managerul spitalului, în condițiile legii.

(3) Potrivit prevederilor legale în vigoare, membrii Comitetului director încheie un contract de administrare cu managerul spitalului pe o perioadă de maxim 4 ani, al cărui model este stabilit prin ordin al ministrului sănătății.

(4) Drepturile și obligațiile persoanelor care ocupă funcții specifice în cadrul Comitetului director, sunt stabilite potrivit contractelor de administrare

(5) Organizarea și funcționarea Comitetului director se realizează în baza unui Regulament de organizare și funcționare propriu, elaborat și aprobat, potrivit prevederilor legale incidente în vigoare de către acesta, care se regăsește în Anexa nr. 4 la prezentul Regulament.

## **Cap. IV – STRUCTURA ORGANIZATORICĂ A SPITALULUI**

### **Secțiunea 1 - Organizarea structurilor din compunerea Spitalului**

**Art. 24.** - (1) Spitalul are în compunere structuri de specialitate care, potrivit reglementărilor în vigoare, asigură expertiză pe domenii și au stabilite atribuții și responsabilități distincte.

(2) Structurile de specialitate din compunerea Spitalului sunt entități organizaționale de tip serviciu, secție, laborator, compartiment/ similare și funcții independente, organizate potrivit reglementărilor legale incidente în vigoare aplicabile.

(3) Structurile din compunerea Spitalului asigură expertiza de specialitate pentru fundamentarea deciziilor managerului spitalului și/sau a comisiilor/consiliilor/comitetelor constituite la nivelul unității.

**Art.25.** - (1) Structura organizatorică a Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" conformă prevederilor organigramei aprobată de Consiliul Local al Primăriei Jibou, fundamentată în baza avizelor succesive de aprobare a structurii organizatorice a spitalului – emise de Ministerul Sănătății, este următoarea:

- a) Manager - acesta subordonează:
  - a. Compartiment secretariat, registratură și internări-externări
  - b. Compartiment resurse umane și salarizare
  - c. Compartiment statistică și informatică medicală
  - d. Compartiment juridic
  - e. Compartiment de management al calității serviciilor de sănătate
  - f. Compartiment prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale
  - g. Director medical
  - h. Director financiar-contabil
- b) Director medical – acesta subordonează/coordonează:
  - a. Secția medicină internă – 46 paturi din care :
    - Compartimentul cronici – 21 paturi
    - Medicina internă acuti 26 paturi;
  - b. Secția pneumologie - 22 paturi din care :
  - c. Secția pediatrie – 25 paturi din care:
  - d. Compartiment spitalizare de zi - 6 paturi
  - e. Laborator radiologie și imagistică medicală
  - f. Laborator analize medicale
  - g. Farmacie cu circuit închis
  - h. Dispensar T.B.C.
  - i. Cabinet diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
  - j. Ambulatoriu integrat cu cabinete în specialitățile:
    - i. Medicină internă
    - ii. Pneumologie
    - iii. Pediatrie
    - iv. Dermatovenerologie
    - v. Obstetrică-ginecologie
    - vi. Chirurgie generală
    - vii. O.R.L.
    - viii. Oftalmologie
  - k. Medici rezidenți
  - l. Camera de gardă
- c) Director financiar – contabil – acesta subordonează:

- a. Compartiment contabilitate
  - b. Compartiment achiziții, contracte, aprovizionare
  - c. Compartiment administrativ, tehnic și transport, coordonează activitatea pentru:
    - i. Spălătorie,
    - ii. Bloc alimentar
    - iii. Compartiment pază
- (2) Laboratoarele deservesc atât paturile cât și Ambulatoriu integrat.

## Secțiunea 2 - Sistemul de relații

**Art. 26 . -** (1) Pentru îndeplinirea atribuțiilor și responsabilităților stabilite prin reglementările în vigoare și pentru o bună funcționare pe baza ierarhiei și concentrarea efortului pe componenta de planificare, Spitalul își organizează sisteme de relații interne și externe.

(2) Sistemul de relații interne al Spitalului se referă la ansamblul raporturilor stabilite între structurile proprii din organigramă, în vederea optimizării și eficientizării modului de îndeplinire a atribuțiilor și responsabilităților prevăzute în actele normative. În sistemul de relații interne se realizează următoarele tipuri de relații:

- a) relațiile de autoritate ierarhică – de subordonare;
- b) relațiile de autoritate funcțională – de coordonare;
- c) relațiile de cooperare, de consiliere și expertiză;
- d) relațiile de control și evaluare.

(3) Relațiile de autoritate ierarhică sunt raporturile care se stabilesc între funcțiile de conducere și cele subordonate, precum și între structurile din organigramă, potrivit diagramelor de relații. Relațiile de autoritate ierarhică se manifestă permanent și se exprimă în mod concret prin existența raportului șef – subordonat, în ambele sensuri, potrivit reglementărilor în vigoare. Acest tip de relații sunt stabilite, cu caracter permanent, prin organigrama spitalului.

(4) Relațiile de autoritate funcțională sunt raporturile ce se realizează între două sau mai multe funcții/structuri care au responsabilități în același domeniu de activitate, funcția/structura coordonatoare fiind lider de domeniu. Liderul de domeniu asigură coordonarea de specialitate și controlul entităților organizaționale implicate în procesele specifice domeniului respectiv. Șeful structurii coordonatoare poate transmite ordine, precizări de coordonare sau solicitări specifice, în vederea asigurării implementării conceptelor și soluțiilor de optimizare a funcționării domeniului de activitate respectiv. Acest tip de relații sunt stabilite, cu caracter temporar sau permanent, prin dispoziții ale managerului spitalului.

(5) Relațiile de cooperare, de consiliere și expertiză sunt raporturile care se stabilesc între funcții/entități organizaționale aflate pe același nivel ierarhic, în cadrul aceleiași structuri sau în structuri diferite. Scopul principal al acestora îl reprezintă optimizarea lucrului colaborativ, eliminarea verigilor intermediare și asigurarea unui grad sporit de operativitate în rezolvarea sarcinilor, prin schimbul reciproc direct a unor date, informații și expertize de specialitate. Acest tip de relații sunt stabilite, cu caracter temporar, prin dispoziții ale managerului spitalului.

(6) Relațiile de control și evaluare se realizează printr-un ansamblu de acțiuni, metode și mijloace specifice, în scopul evaluării modului de îndeplinire a atribuțiilor, responsabilităților și sarcinilor stabilite și adoptării măsurilor corespunzătoare. Acest tip de relații sunt stabilite, cu caracter permanent, prin organigrama spitalului, dar pot fi stabilite și temporar, prin dispoziții ale managerului spitalului.

**Art. 27 . -** Sistemul de relații externe al Spitalului reprezintă totalitatea raporturilor instituite între acesta și alte unități sanitare, unități de învățământ, autoritățile și instituțiile publice centrale și locale, organizațiile neguvernamentale, operatorii economici, persoanele juridice și fizice din țară și străinătate (inclusiv relații cu publicul). Sistemul de relații externe al Spitalului se realizează potrivit prevederilor reglementărilor în vigoare și are în vedere îndeplinirea atribuțiilor, responsabilităților și sarcinilor acestuia.

### **Secțiunea 3 - Planificarea, organizarea, coordonarea și desfășurarea activităților**

**Art. 28 .** – (1) Planificarea activităților Spitalului urmărește stabilirea, programarea și asigurarea cu resurse a acestora, în vederea îndeplinirii atribuțiilor și responsabilităților care revin structurilor acestuia, potrivit reglementărilor în vigoare.

(2) Scopul planificării, ca principală cale prin care se asigură programarea, organizarea, coordonarea și desfășurarea unitară a activităților Spitalului, îl constituie crearea condițiilor optime pentru îndeplinirea obiectivelor stabilite.

(3) Procesul de planificare se caracterizează prin unitate de concepție, libertate de acțiune și asumarea răspunderii în exercitarea atribuțiilor și responsabilităților.

(4) Principiul de bază al planificării activităților Spitalului constă în optimizarea fluxului decizional-acțional, ascendent-descendent.

(5) Principiul metodologic fundamental al planificării îl constituie elaborarea propunerilor de plan de jos în sus și corelarea misiunilor/ sarcinilor de sus în jos.

(6) În funcție de perioada de timp vizată, de nivelul de detaliere a planului, precum și de alte caracteristici, planificarea activităților Spitalului se clasifică în:

- a) planificare de perspectivă,
- b) planificare anuală,
- c) planificare de execuție.

(7) Planificarea anuală are ca obiectiv stabilirea cu precizie a activităților ce urmează să se execute în anul următor, a datelor ce le definesc, precum și estimarea resurselor necesare îndeplinirii acestora. După caz, aceasta se realizează în baza unei planificări de perspectivă (dacă aceasta există).

**Art. 29 .** – La nivelul Spitalului, coordonarea activităților se poate realiza și în cadrul ședințelor de lucru ale managerului sau în alte ședințe dispuse ad-hoc, inclusiv în grupuri de lucru.

### **Secțiunea 4 - Domeniile de responsabilitate și activitățile specifice structurilor din compunerea Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța"**

**Art. 30 .** – (1) Pentru realizarea misiunii Spitalului, structurile din compunerea acestuia planifică, organizează, coordonează și desfășoară activități potrivit domeniilor de responsabilitate.

(2) În funcție de specificul și particularitățile organizaționale, structurile din compunerea Spitalului asigură, conform legii:

- a) prestarea de servicii medicale de calitate, eficiente, în scopul refacerii în cel mai scurt timp posibil a stării de sănătate a persoanelor asistate;
- b) planificarea, organizarea, conducerea, executarea și evaluarea activităților medicale;
- c) managementul calității serviciilor de sănătate;
- d) acțiuni preventive de protecție în spațiul cibernetic;
- e) planificarea și monitorizarea derulării programelor și planurilor de înzestrare și achiziții publice, potrivit competențelor;
- f) cooperarea interinstituțională în domeniul de responsabilitate;
- g) instruirea personalului;
- h) gestionarea sistemului de formare, specializare și perfecționare a personalului;
- i) recrutarea, selecția și planificarea asigurării cu resurse umane;
- j) logistică;
- k) asistența psihologică;
- l) informare și relații publice;
- m) asistența juridică;

- n) securitatea și sănătatea în muncă,
- o) protecția mediului, supravegherea tehnică și metrologia legală;
- p) apărare împotriva incendiilor
- q) alte activități specifice.

(3) Atribuțiile/Activitățile structurilor din compunerea Spitalului se stabilesc de către șefii/coordonatorii acestora și se aprobă de șefii ierarhici și fac obiectul înscrierii în prezentul Regulament.

**Art. 31 . - (1) Directorul medical**, exercită conducerea, controlul și coordonarea structurilor de asistență medicală și de suport a actului medical din cadrul Spitalului, conform diagramei de relații interne a Spitalului prevăzută în organigramă. Poate asigura conducerea/coordonarea și a altor structuri din cadrul Spitalului în baza delegării de competență dată potrivit prevederilor legale în vigoare, prin dispoziție managerială.

(2) Principalele activități exercitate de către directorul medical sunt cele menționate în contractul său de administrare încheiat cu managerul spitalului și de diferite ordine incidente în vigoare emise de către Ministerul Sănătății. În afara acestora, directorul medical exercită atribuții punctuale în calitate de președinte/membru a unor diferite comisii/consilii/comitete în care este nominalizat prin dispoziție a managerului Spitalului.

**Art. 32 . (1) - Secțiile/compartimentele cu paturi** au, în principal, următoarele atribuții generale:

a) Acordarea asistenței medicale, presupune luarea – cel puțin a – următoarelor măsuri:

- a. îmbăierea, dezinfecția și deparazitarea bolnavilor;
- b. asigurarea transportului bolnavilor în secție;
- c. repartizarea bolnavilor în saloane, avându-se în vedere natura și gravitatea bolii, sexul, iar în secția de pediatrie, pe grupe de afecțiuni și grupe de vârstă, în condițiile aplicării măsurilor referitoare la combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- d. obținerea consimțământului informat în scris al pacientului privind tratamentul necesar;
- e. examinarea imediată completă, trierea medicală și epidemiologică a bolnavilor pentru internare;
- f. efectuarea în cel mai scurt timp a investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului;
- g. asigurarea primului ajutor și acordarea asistenței medicale calificate și specializate până când bolnavul este stabilizat și ajunge în secție;
- h. declararea cazurilor de boli contagioase, a infecțiilor asociate, a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, conform reglementărilor în vigoare;
- i. asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv și de recuperare), individualizat și diferențiat, în raport cu starea bolnavului, cu forma și stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor proceduri, tehnici medicale și chirurgicale, indicarea, folosirea și administrarea alimentației dietetice, medicamentelor, agenților fizici, balnari, climatici, a gimnasticii medicale, ergoterapiei, instrumentarului și aparaturii medicale;
- j. asigurarea timp de 24 de ore, ziua și noaptea, a îngrijirii medicale necesare pe întreaga durată a internării;
- k. asigurarea trusei de urgență, conform normelor ministrului sănătății;
- l. asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat și administrarea corectă a acestora, fiind interzisă păstrarea medicamentelor la patul bolnavului; medicația va fi acordată integral de spital în funcție de disponibilul existent la acel moment în farmacie și va fi scrisă în foaia de observație de medicul curant sau medicul rezident/asistentul medical (sub stricta supraveghere a medicului curant);
- m. monitorizarea bunelor practici în utilizarea antibioticelor;
- n. asigurarea condițiilor necesare recuperării medicale, precoce;
- o. asigurarea alimentației bolnavilor, în concordanță cu diagnosticul și stadiul evolutiv al bolii;

- p. desfășurarea unei activități care să asigure bolnavilor internați un regim rațional de odihnă și de servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii cu familia;
- q. asigurarea însoțirii pacientului în cazul în care trebuie supus unor explorări/investigații realizate în alte secții de către un cadru medical sau auxiliar;
- r. urmărirea ridicării continue a calității îngrijirilor medicale;
- s. obligativitatea completării prescripțiilor medicale conexe actului medical pentru afecțiuni acute, subacute, cronice (inițiale);
- t. asigurarea condițiilor pentru colectarea și centralizarea chestionarelor de satisfacție a pacientului îngrijit în secție.
- u. Personalul sanitar și personalul sanitar-auxiliar din cadrul structurilor medicale desfășoară potrivit competențelor profesionale avute următoarele responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire
  - Completează, după caz, toate datele și informațiile necesare în planurile de îngrijire individualizate pentru fiecare pacient, conform competențelor profesionale, în fiecare dintre etapele descrise în reglementarea care privește completarea planurilor de îngrijire, aplicabilă la nivelul spitalului.
  - Asistentul medical pune la dispoziția pacientului, în documentele de externare, descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.
  - Aduc contribuția, după caz, privind întocmirea, revizuirea și implementarea planului de îngrijire și/sau a reglementării care privește completarea planurilor de îngrijire, aplicabilă la nivelul spitalului.
- b) transmiterea concluziilor diagnostice și a indicațiilor terapeutice pentru bolnavii externați, unităților sanitare ambulatorii, medicilor de familie, prin scrisori medicale;
- c) educația sanitară a bolnavilor și aparținătorilor.
- d) Îndrumarea tehnică a activității de asistență medicală, presupune luarea următoarelor măsuri:
  - a. îndrumarea, sprijinirea și controlul concret al modului de acordare a asistenței medicale a populației în profilul respectiv, în cabinetele din ambulatoriile integrate ale spitalului;
  - b. asigurarea ridicării nivelului tehnic și profesional al personalului medico-sanitar propriu și a instruirii personalului medico-sanitar aflat în stagii practice;
  - c. analiza periodică a stării de sănătate a populației și a calității asistenței medicale.
- e) Promovarea activităților de învățământ și cercetare științifică, se realizează prin luarea următoarelor măsuri:
  - a. asigurarea desfășurării practice a învățământului medical superior și mediu, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
  - b. asigurarea condițiilor de participare la cursuri postuniversitare și de perfecționare profesională a personalului;
  - c. asigurarea condițiilor pentru întregul personal, în vederea însușirii noutăților din domeniul medical;
  - d. efectuarea de studii și cercetări medicale, în legătură cu aplicarea de metode noi de investigații și tratament, conform prevederilor statutului personalului sanitar.
- f) asigurarea condițiilor pentru colectarea și centralizarea chestionarelor de satisfacție a pacientului îngrijit în secție;
- g) asigurarea accesului neîngrădit al pacienților/aparținătorilor și/sau vizitatorilor la registrul de sugestii, reclamații și sesizări, constituit la nivelul spitalului
- h) ținerea evidenței zilnice a internării bolnavilor și asigurarea comunicării între secțiile medicale și Camera de gardă, privind locurile libere pentru internare;

(2) Pacienții internați în secțiile și compartimentele cu profil medical cu paturi vor fi examinați clinic în cursul primelor 2 ore de la internare de către medicul curant, iar în afara orelor de program, de medicul de gardă sau cel care face contravizita recomandându-se și investigațiile paraclinice necesare.

(3) În foaia de observație clinică generală, completată cu datele de identificare ale pacientului, diagnosticul de internare și medicul care a hotărât internarea, medicul curant va indica examenele și investigațiile paraclinice complete, tratamentul medicamentos și dietetic.

(4) După stabilirea tratamentului, medicul curant dă indicațiile necesare asistentei de salon, care trece la efectuarea tratamentului prescris și urmărește efectuarea corectă a acestuia conform indicațiilor date.

(5) Medicul șef al secției (înlocuitorul legal al acestuia) execută vizita medicală personal, în fiecare zi, pentru toți pacienții încadrați în cadrul secției pe care o conduce/coordonează, acordându-se cu această ocazie o atenție deosebită cazurilor grave sau care prezintă complicații.

(6) Șeful secției (înlocuitorul legal al acestuia), consemnează/completează în cursul vizitei medicale, dacă este cazul, observațiile medicului curant în ceea ce privește atitudinea terapeutică și necesitățile de explorare paraclinice. Stabilirea diagnosticului de etapă se realizează în 72 de ore de la internare.

(7) În timpul vizitei medicale se interpretează analizele și examenele de specialitate, se precizează investigațiile suplimentare, consulturile la alte specialități și pe alte secții, se indică tratamentul și dieta. De asemenea, se controlează calitatea măsurilor igienice și de gospodărie și se dau indicațiile necesare pentru remedierea deficiențelor constatate.

(8) Cazurile deosebite/grave internate în secții vor fi raportate imediat directorului medical al spitalului care, la propunerea șefilor de secții, va decide realizarea întâlnirilor între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei respectivelor cazuri.

(9) Foile de observație clinică generală sunt verificate de către șeful de secție sau persoana desemnată de acesta, cel puțin la internare și externare.

(10) Zilnic, după-amiază, duminică și în zilele de sărbători legale, se asigură contravizită prin rotație, conform planificării secției<sup>5</sup>, de către unul din medicii acesteia.

(11) În cursul contravizitei vor fi examinați cu precădere bolnavii grav și cei nou internați, consemnându-se în foaia de observație clinică măsurile ce se impun.

(12) În afara orelor de program, asistența medicală a bolnavilor se asigură de către medicul de gardă din Camera de gardă. De asemenea, este afișat la loc vizibil numărul de telefon al serviciului de urgență – 112.

**Art. 33 . -** (1) Hrănirea bolnavilor internați în spital se face conform instrucțiunilor și normelor de hrănire în vigoare precum și a reglementărilor interne ale spitalului, medicii curanți întocmesc regimul alimentar corespunzător pentru fiecare bolnav și-l înscriu în foaia de observație clinică.

(2) Pentru bolnavii cu indicații de regim alimentar special, medicii specialiști pot întocmi bonuri de dietă specială.

(3) Foile de dietă se întocmesc zilnic în fiecare secție cu paturi de asistenți și sunt contrasemnate de șeful secției.

(4) Alocarea și scoaterea de la drepturi de hrană a bolnavilor internați și externați din spital se efectuează de către compartimentul de statistică și informatică medicală, întreaga activitate privind alimentația bolnavilor se analizează de către conducerea Spitalului.

**Art. 34 . -** (1) Drepturile pacienților care accesează servicii medicale în cadrul Spitalului, sunt prevăzute în *Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare*, precum și în *O.M.S. nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare*.

(2) Toți pacienții care beneficiază de servicii medicale în cadrul Spitalului vor respecta regulile de ordine interioară prevăzute în Anexa nr. 2 la prezentul Regulament, care li se vor prelucra la internare, acestea fiind afișate atât la nivelul structurilor medicale cât și pe site-ul spitalului.

(3) Drepturile și obligațiile aparținătorilor/vizitatorilor pacienților internați sunt prevăzute în Anexa nr. 3 la prezentul Regulament, acestea fiind afișate atât la nivelul structurilor medicale cât și pe site-ul spitalului.

**Art. 35 . –** (1) Spitalizarea de zi este o formă de internare prin care se asigură asistența medicală de specialitate, curativă și de recuperare, concentrând într-un număr maxim de 12 ore, în timpul zilei, efectuarea de examinări, investigații, acte terapeutice realizate sub supraveghere medicală. Aceasta formă de îngrijire este eficientă pentru afecțiuni care necesită supraveghere temporară, tratamente sau investigații complexe, eficiența acestora constând în reducerea costurilor și diminuarea expunerii pacientului la riscuri spitalicești, permițând în același timp acces rapid la investigații și tratamente.

(2) La nivelul Spitalului, **Compartimentul de spitalizare de zi** se organizează unitar, separat față de zona de spitalizare continuă, cu acces facil la Ambulatoriul integrat, Camera de gardă, laboratoarele de investigații și tratament, cu respectarea criteriilor de organizare spațial-funcționale prevăzute de *O.M.S. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare*, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Principalele activități care se desfășoară la nivelul Compartimentului de spitalizare de zi desfășoară, sunt următoarele:

a) asigură spitalizarea de zi a pacienților în funcție de gravitatea diagnosticului și de indicațiile medicilor din secțiile cu paturi, prin efectuarea de consulturi medicale de specialitate, care pot consta în evaluări clinice pentru diagnosticul și monitorizarea afecțiunilor cronice sau acute, dar și reevaluări periodice ale pacienților aflați sub tratament sau în recuperare;

b) asigurarea de investigații paraclinice;

c) furnizează servicii programabile de diagnostic, tratament și monitorizare pentru pacienții care nu necesită internare în regim continuu și care nu se pot rezolva în Ambulatoriul integrat.

d) asigurarea de proceduri medicale sau intervenții minore: biopsii, infiltrații, pansamente complexe, mică chirurgie (sub anestezie locală), proceduri ginecologice, dermatologice, ORL etc., efectuate în regim de spitalizare de zi

e) supravegherea evoluției pre- și postoperatorii generale și locale

e) precizarea recomandărilor de urmat atât la externare, cât și stabilirea contactelor postoperatorii;

f) asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv și de recuperare) individualizat și diferențiat, în raport cu starea pacientului, cu forma și stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee și tehnici medicale;

g) supravegherea intra-terapeutică a pacienților, prin observarea reacțiilor la tratament sau investigații, precum și Supravegherea pacienților cu afecțiuni instabile care nu necesită internare continuă ;

h) supravegherea pacienților imobilizați;

i) asigurarea medicamentelor necesare tratamentului indicat și administrarea curentă a acestora, fiind interzisă păstrarea medicamentelor la patul bolnavului;

j) consulturi interdisciplinare la recomandarea medicului curant;

k) dacă în urma evaluării se consideră că pacientul necesită spitalizare continuă, acesta poate fi transferat într-o secție cu paturi;

l) instruirea pacienților cu privire la boală, tratament, stil de viață sau automonitorizare (ex: diabet, hipertensiune);

m) emiterea biletelor de ieșire, scrisorilor medicale și a indicațiilor terapeutice pentru acasă și, eventual, eliberarea concediilor medicale dacă este justificat medical;

n) asigurarea condițiilor necesare recuperării medicale precoce.

**Art. 36 . –** (1) În cadrul **Laboratorului radiologie și imagistică medicală** sunt efectuate radiografii, ecografii și computer tomografii care sunt interpretate de medicii radiologi, în vederea precizării și stabilirii corecte a diagnosticelor.

(2) Laboratorul radiologie și imagistică medicală desfășoară în principal următoarele activități:

a) organizează programarea examinărilor radiologice și de imagistică în timp util;

b) efectuarea examenelor radiologice și imagistice în laborator potrivit dotării, posibilităților tehnice ale aparaturii și competențelor personalului medical, după ce foaia de observație clinică generală a bolnavului este completată cu toate datele atât clinice cât și de laborator, (pacientul va avea completată corect cererea de examinare, cu semnătura și parafa medicului curant);

c) înregistrarea tuturor examinărilor efectuate;

d) organizează redactarea corectă și distribuirea la timp a rezultatelor;

e) organizarea și utilizarea rațională a cd-urilor(suport electronic);

f) asigurarea arhivării imaginilor în arhiva electronică;

g) aplicarea măsurilor pentru prevenirea expunerii nejustificate la radiații ionizante a pacienților și personalului din laborator, astfel cum sunt acestea prevăzute în reglementările incidente în vigoare;

h) colaborează cu medicii clinicieni în scopul precizării diagnosticului, ori de câte ori este necesară raportarea statistică a numărului de examinări efectuate pe bolnavii internați, prezenți la Camera de gardă și Ambulatoriu integrat;

i) întocmirea propunerilor fundamentate pentru necesarul de achiziții publice de materiale de laborator specifice;

j) raportarea către serviciul tehnic a oricărei defecțiuni apărute la aparatura de specialitate;

k) respectarea tuturor prevederilor legale specifice domeniului, elaborate de către Comisia Națională de Control al Activităților Nucleare și Ministerul Sănătății.

(3) Laboratorul radiologie și imagistică medicală deservește atât paturile din secțiile medicale, structura de spitalizare de zi cât și Ambulatoriu integrat.

**Art. 37 . – (1) Laboratorul analize medicale** din cadrul Spitalului este organizat și funcționează conform prevederilor *O.M.S. nr. 1301/2007 pentru aprobarea Normelor privind functionarea laboratoarelor de analize medicale, cu modificările și completările ulterioare*.

(2) Laboratorul analize medicale este condus de către un șef de laborator care se ocupă, conform dispozițiilor art. 4 din Anexa nr. 1 la OMS 1301/2007, alături de care care își desfășoară activitatea personal medical mediu și auxiliar sanitar, conform normativelor de personal în vigoare.

(3) Personalul Laboratorului de analize medicale desfășoară, în principal, următoarele activități:

a) organizează activitatea laboratorului pentru a se asigura efectuarea analizelor, investigațiilor, tratamentelor și a oricăror alte prestații medico-sanitare specifice profilului de activitate, cu scopul de a furniza informații pentru diagnosticul, tratamentul și prevenirea bolilor sau pentru evaluarea stării de sănătate a populației;

b) utilizează metode și tehnici moderne de diagnostic și tratament în specialitatea respectivă;

c) execută examenele solicitate de medicii din spital și Ambulatoriu integrat, analizând în acest sens materialele provenite din corpul uman prin diverse metode și tehnici de biochimie, hematologie, imunohematologie, imunologie, microbiologie, genetică, citologie, biologie celulară și moleculară, biofizică etc., cu scopul de a furniza informații pentru diagnosticul, tratamentul și prevenirea bolilor sau pentru evaluarea stării de sănătate a populației;

d) răspunde de executarea și evidența corectă a examenelor efectuate iar rezultatele examinărilor se pun la dispoziție, în aceeași zi sau cât mai curând posibil, după efectuarea și obținerea acestora;

e) are obligația să procedeze la calibrarea și mentenanța echipamentelor de laborator conform specificațiilor tehnice și să consemneze aceste operațiuni pentru conformitate și regularitate, în documentele obligatorii de control intern;

f) asigură buna întreținere și utilizare a aparatelor, instrumentelor și a celorlalte instalații și echipamente din dotare;

g) participă la întocmirea planului de aprovizionare cu aparatură de specialitate, reactivi, consumabile și alte produse necesare în vederea unei funcționări normale a laboratorului, realizând partea corespunzătoare a planului anual de achiziții al spitalului;

h) colaborează cu medicii șefi/coordonatori ai secțiilor în vederea stabilirii diagnosticului, aplicării tratamentului și analizării rezultatelor;

i) asigură consultanță privind interpretarea rezultatelor investigațiilor efectuate și ale eventualelor investigații ulterioare necesare, în limita competențelor profesionale ale personalului cu studii superioare încadrat;

j) asigură instruirea personalului propriu și a celui alt personal medico-sanitar din cadrul spitalului, potrivit competențelor delegate, în vederea cunoașterii și a respectării regulilor de biosiguranță, precauțiile universale și măsurile postexpunere;

k) urmărește aplicarea măsurilor de protecția muncii și de prevenire a contaminării cu produse infectate;

l) asigură confidențialitatea privind rezultatele analizelor, datele, informațiile și documentele de orice fel de la locul de muncă;

m) întocmește, menține actualizată și afișează lista serviciilor medicale pe care le efectuează, precizând în aceasta serviciile medicale subcontractate și laboratoarele în care se efectuează acestea;

n) organizează controlul intern al calității analizelor efectuate și de a participa la programele de evaluare externă a calității, potrivit prevederilor legale incidente în vigoare; rezultatele controlului calității și măsurile luate pentru îmbunătățire se consemnează și se analizează după primirea fiecărui raport de evaluare a performanțelor laboratorului de analize medicale, obținut în urma participării la programele de evaluare externă a calității, întreaga documentație care privește controlul extern și intern de calitate fiind pusă la dispoziția Compartimentului de management al calității serviciilor de sănătate;

o) elaborează un plan de control intern care va include cel puțin un control la 24 de ore, dacă pe echipament se lucrează continuu; se va efectua control suplimentar dacă pe parcursul celor 24 de ore se schimbă lotul de reactivi sau este necesară recalibrarea parametrului (CLSI C24);

p) pentru desfășurarea activității în condiții de securitate trebuie respectate prevederile aplicabile din standardul SR ISO 15190:2021 - Laboratoare de analize medicale, cerințe pentru securitate și din Ghidul național de biosiguranță pentru laboratoare medicale;

q) în timpul programului de lucru permite accesul în spațiul de lucru al laboratorului de analize medicale doar personalului autorizat care își desfășoară activitatea în cadrul laboratorului;

r) înscrie în registrele de laborator analizele efectuate, întocmește și semnează buletinele de analiză și comunică în regim de urgență rezultatele necorespunzătoare ale probelor analizate;

s) este obligat să organizeze evidența de gestiune cantitativă și valorică corectă și la zi a reactivilor, să recepționeze produsele sosite pentru examene de laborator și să verifice înscrierea lor corectă, să recolteze corect și să distribuie la timp rezultatele examinărilor efectuate;

t) asigură colectarea, depozitarea, evacuarea și neutralizarea deșeurilor rezultate în urma desfășurării activității medicale cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

u) poartă echipamentul de protecție corespunzător;

v) aduce la cunoștință angajatorului accidente de muncă;

w) cunoaște și aplică măsurile de prim ajutor în caz de accidente de muncă și îmbolnăviri profesionale, inclusiv ale personalului din instituție;

x) asigură curățenia la locul de muncă conform planului de curățenie și dezinfecție;

y) organizează și îndrumă pregătirea și activitatea de educație medicală a personalului din subordine.

(4) Transportul produselor biologice din spital către Laboratorul de analize medicale se asigură în condiții corespunzătoare, de către cadrele medii și auxiliare din secțiile cu paturi și din Ambulatoriul integrat al Spitalului, respectând procedurile operaționale specifice și de lucru elaborate în conformitatea standardului SR EN ISO 15189/2023.

**Art. 38 . – (1) Farmacia cu circuit închis** a Spitalului este organizată și funcționează în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 444/2019 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și functionarea unitatilor farmaceutice, cu modificările și completările ulterioare.*

(2) Farmacia cu circuit închis asigură asistența cu medicamente de uz uman și dispozitive medicale, aflate în gestiunea unității farmaceutice, pentru pacienții internați în cadrul spitalului, conform legislației în vigoare, desfășurând, în principal, următoarele activități:

a) organizarea recepției calitativă și cantitativă a medicamentelor și materialelor sanitare-farmaceutice primite;

b) organizarea evidenței, păstrarea și manipularea toxicelor și a stupefiantelor;

c) organizarea evidenței cantitativ-valorică a medicamentelor și a materialelor sanitare utilizate (dacă le gestionează farmacia);

d) prepararea formelor farmaceutice ale medicamentelor;

e) depozitarea, conservarea și distribuirea medicamentelor către structurile medicale;

f) furnizarea de informații și consiliere cu privire la medicamente ca atare, inclusiv cu privire la utilizarea lor corespunzătoare;

g) asigurarea în permanență a medicamentelor și ingredientelor necesare în oficiină pentru executarea rețetelor;

h) supravegherea efectuării elaborărilor (prepararea formulelor galenice, a formulelor tipizate, a diviziunilor de droguri etc.) și întocmirea actelor legale;

i) primirea rețetelor, condicilor de prescripții medicale și de „aparat”, semnarea celor executate și prepararea corectă a medicamentelor, păstrarea și conservarea substanțelor din camera de rețetură;

j) semnalizarea medicamentelor necorespunzătoare și care lipsesc și trebuie completate în oficiină, precum și efectuarea și supravegherea eliberării medicamentelor preparate și a altor produse sanitare-farmaceutice;

k) verificarea la primirea rețetelor a dozelor, ordinea executării lor și asigurarea eliberării medicamentelor la termenul stabilit;

l) verificarea după prepararea rețetelor a calității medicamentelor;

m) medicamentele și materialele sanitare utilizate în cadrul activității medicale sunt înregistrate în fișe de magazie electronice și depozitate în mod adecvat, conform recomandărilor din prospectul de utilizare;

n) efectuarea controlului analitic în farmacie asupra medicamentelor preparate și primite ca atare;

o) întocmirea de extrase zilnice pentru produsele toxice și stupefiante preparate și eliberate;

p) asistență personalizată pacienților care își administrează singuri medicația;

q) raportarea reacțiilor adverse ale produselor farmaceutice către autoritățile competente;

r) organizarea activității farmaciei și înaintarea de propuneri în legătură cu spațiul și întreținerea localului;

s) întocmirea proiectului planului anual de aprovizionare cu medicamente și materiale sanitar-farmaceutice și, după aprobare, luarea de măsuri pentru contractarea și executarea întocmai a prevederilor din respectivul plan;

t) stabilirea și luarea de măsuri concrete care să asigure faptul că medicamentele și materialele sanitare utilizate în cadrul activității medicale să fie în termen de valabilitate, înregistrate și depozitate în mod adecvat în farmacie cât și pe fiecare secție;

u) luarea de măsuri pentru buna depozitare, conservare a medicamentelor și materialelor sanitare ;

v) luarea de măsuri pentru repararea și verificarea metrologică a aparaturii de măsurare temperatură/umiditate existente în farmacie;

w) întocmirea actelor pentru declassarea, reformarea și casarea materialelor de uz farmaceutic;

x) organizarea în vederea participării și antrenării întregului personal farmaceutic la activitatea de cercetare științifică și de valorificare prin publicări de articole;

y) păstrarea confidențialității asupra tuturor informațiilor ce decurg din serviciile farmaceutice acordate pacienților și obligația de a acorda serviciile farmaceutice în mod nediscriminatoriu pacienților.

(2) În toate activitățile prevăzute la alin. (1), farmacistul are deplină răspundere și drept de decizie, exercitarea acestora efectuându-se cu drept de liberă practică.

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

a) în cazul prescripțiilor medicale cu regim special PS - medicamente și preparate cu produse stupefiante și psihotrope, farmacistul/farmacologul verifică respectarea prescrierii pe formulare speciale, prevăzute de *Legea 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare*, astfel:

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

b) farmacistul utilizează toată experiența sa profesională și mijloacele materiale din farmacie pentru analiza prescripției medicale în ceea ce privește:

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

c) analiza de către farmacist a terapiei medicamentoase presupune:

- a. verificarea tratamentului, dacă acesta este în concordanță cu diagnosticul
- b. identificarea medicamentelor: concentrațiile, dozele, posologia, calea de administrare, durata tratamentului, contraindicații, incompatibilitățile medicamentoase
- c. identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise
- d. verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor
- e. verificarea dozelor maxime în cazul medicamentelor psihotrope și stupefiante
- f. verificarea, în cazul asocierii în amestecuri injectabile a faptului că substanțele medicamentoase sunt compatibile fizico-chimic
- g. evaluarea posibilității apariției interacțiunilor cu consecințe clinice: între medicamente, între medicamente și alimente, între medicamente și parametri biologici.

h. determinarea precauțiilor la utilizare și a efectelor adverse ale medicamentelor prescrise (conducător auto, sportiv, etc)

i. evaluare contraindicațiilor medicamentelor prescrise

j. depistarea eventualelor erori de prescriere

d) în situația în care medicamentele solicitate lipsesc din farmacie, farmacistul se aprovizionează cu acestea în timp util

e) în cazul în care prescripția medicală nu poate fi onorată, farmacistul trebuie să îndrume pacientul către farmaciile cele mai apropiate

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

g) în cazul în care farmacistul efectuează o substituție, acesta informează pacientul și obține acordul acestuia.

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

**Art. 39 . – Următoarele structuri medicale funcționale din spital au rolul de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor, după cum urmează:**

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

- Asigură obținerea, depozitarea și distribuirea de antibiotice, pe care le eliberează cu respectarea dispozițiilor legale;
- Răspunde de asigurarea necesarului de produse farmaceutice antibiotice, de conservarea și preschimbarea acestora în cadrul termenelor de valabilitate;
- Asigură cu precădere stocul necesar de antibiotice de uz curent;
- Asigură stocul necesar de antibiotice de rezervă, stabilite în funcție de antibioticorezistența analizată;
- Asigură evidența antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori;
- Asigură evidența antibioticelor pentru antibioprolaxie;
- Asigură evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioticorezistența;
- Asigură informarea medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian;
- Asigură eliberarea antibioticelor pentru pacienții internați în baza condicilor de prescripții medicale astfel încât să se asigure respectarea ritmului de administrare;
- Asigură recuperarea antibioticelor neutilizate pe secții;
- Asigură monitorizarea globală a consumului de antibiotice prin exprimarea acestuia pe secții și pe spital sub forma DDD (defined daily dose);
- Asigură informări periodice a consiliului medical cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pe clase, pentru fiecare secție și per medic;
- Participă la evaluarea tendințelor utilizării antibioticelor.

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

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

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

- Efectuează consulturile de specialitate în spital, în vederea diagnosticării unei patologii infecțioase și a stabilirii tratamentului etiologic necesar;

- Participă la elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor atât în antibiopprofilaxie cât și în tratamentul de fond, în funcție de antibioticorezistența locală și specificul patologiei tratate;
- Coordonează elaborarea listei de antibiotice esențiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
- Coordonează elaborarea listei de antibiotice de rezervă care se eliberează doar cu avizare din partea sa și derulează activitatea de avizare a prescrierii acestor antibiotice;
- Cooperează cu medicul de laborator în stabilirea truselor de testare a sensibilității bacteriene la antibioticele utilizate;
- Elaborează raportul anual de evaluare a gradului de respectare a politicii de utilizare judicioasă a antibioticelor, a consumului de antibiotice (în primul rând, al celor de rezervă).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe.

**Art. 40 . – (1) Dispensarul T.B.C.** al Spitalului are rol în controlul și eradicarea tuberculozei, prin acțiuni integrate de depistare precoce, tratament eficient și prevenție comunitară.

(2) În Dispensarul T.B.C. se desfășoară, în regim ambulatoriu, următoarele activități specifice de prevenire, depistare, diagnostic, tratament și monitorizare a tuberculozei pulmonare și extrapulmonare:

a) efectuarea de consultații de specialitate pneumologică, prin examinare clinică a pacienților cu simptome sugestive (tuse persistentă, febră, transpirații nocturne, scădere în greutate) și prezentarea contactilor unui caz confirmat pentru screening;

b) diagnosticarea tuberculozei, prin recoltarea de spută (pentru: examen bacteriologic (frotiu colorat Ziehl-Neelsen); cultură micobacteriană (pentru identificarea bacilului Koch); teste moleculare rapide (GeneXpert) – acolo unde sunt disponibile), radiografie toracică pentru

detectarea leziunilor pulmonare și trimitere pentru examene suplimentare (CT toracic, teste de sensibilitate la medicamente);

c) inițierea și administrarea tratamentului specific conform schemelor PNCT (faza intensivă + faza de continuare), monitorizarea aderenței și apariției reacțiilor adverse și administrare direct observată (DOT) – pacientul ia tratamentul sub supraveghere medical;

d) supravegherea și monitorizarea pacienților, prin control clinic, biologic și imagistic periodic în timpul și după tratament, precum și evaluarea eficienței tratamentului și declararea vindecării sau insuccesului terapeutic;

e) depistarea contactilor și profilaxie, prin investigarea și testarea persoanelor care locuiesc sau lucrează cu un bolnav TBC, instituirea chimioprofilaxiei la contacti sănătoși, în special la copii și persoane cu risc crescut, precum și efectuarea de screening în focare și comunități vulnerabile;

f) educație și consiliere, prin informarea pacienților despre boală, modalitățile de transmitere și prevenție, consilierea privind importanța complianței la tratament și igiena respiratorie și combaterea stigmatizării și sprijinirea reintegrării sociale a pacienților;

g) efectuarea de raportări și colaborarea cu autoritățile – se asigură prin declararea cazurilor la Direcția de Sănătate Publică (DSP) și integrarea în evidențele PNCT, participarea la campanii de screening sau intervenții comunitare precum și colaborare cu spitale, cabinete de medicină de familie, asistenți sociali etc.

**Art. 41 . – (1) Cabinetul diabet zaharat, nutriție și boli metabolice** al Spitalului joacă un rol central în managementul integrat al bolilor cronice legate de metabolism, oferind nu doar tratament, ci și educație și sprijin pe termen lung pacienților, în regim ambulatoriu.

(2) În Cabinetul diabet zaharat, nutriție și boli metabolice se desfășoară, următoarele activități ambulatorii de diagnostic, tratament, monitorizare și educație a pacienților cu diabet și alte afecțiuni metabolice, precum și consiliere nutrițională pentru menținerea sănătății sau controlul unor boli cronice:

a) Efectuarea de consultații de specialitate, constând în evaluarea clinică a pacienților cu diabet zaharat tip 1, tip 2, gestațional sau alte forme (secundar, monogenic etc.), diagnosticarea și tratamentul bolilor metabolice: obezitate, dislipidemie, sindrom metabolic, hipoglicemie funcțională etc. și urmărirea pacienților cu factori de risc metabolic (hipertensiune, prediabet, obezitate abdominală);

b) stabilirea și ajustarea tratamentului, prin inițierea tratamentului medicamentos: antidiabetice orale, insulinoterapie, ajustarea dozelor în funcție de glicemii, HbA1c, stil de viață și alte comorbidități, precum și ecomandarea analizelor de laborator și investigațiilor suplimentare (funcție renală, examen fund de ochi, EKG, etc.);

c) monitorizarea bolii se asigură prin evaluarea periodică a glicemiei, hemoglobinei glicozilate (HbA1c), greutateii corporale, tensiunii arteriale, profilului lipidic, supravegherea complicațiilor cronice: neuropatie, retinopatie, nefropatie diabetică și managementul urgențelor diabetice: hipoglicemie severă, cetoacidoză (în colaborare cu UPU/spital);

d) asigurarea de educație terapeutică și consiliere nutrițională prin instruirea pacientului privind auto-monitorizarea glicemiei, administrarea insulinei, prevenirea complicațiilor, consiliere nutrițională personalizată: planuri alimentare, calculul carbohidraților, index glicemic, educație privind etichetele alimentare și promovarea unui stil de viață sănătos: activitate fizică regulată, renunțarea la fumat, controlul stresului;

e) gestionarea diabetului în sarcină prin urmărirea gravidelor cu diabet preexistent sau diabet gestațional și efectuarea de ecomandări privind alimentația, monitorizarea glicemiei și eventual inițierea insulinoterapiei;

f) realizarea de colaborare interdisciplinară, prin trimiterea pacientului către alte specialități: cardiologie, nefrologie, oftalmologie, neurologie, chirurgie vasculară, dacă apar complicații și colaborarea cu medicul de familie pentru continuarea tratamentului și monitorizarea la domiciliu;

g) asigurarea prevenției diabetului și a bolilor metabolice prin realizarea screeningului pacienților cu risc (obezitate, istoric familial, hipertensiune etc.), asigurarea de consiliere pentru prevenirea progresiei de la prediabet la diabet zaharat și promovarea campaniilor de sănătate publică privind alimentația echilibrată și prevenirea obezității.

**Art. 42 . – (1) Ambulatoriul integrat cu cabinet de specialitate** este organizat și funcționează conform prevederilor *O.M.S. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului* asigură asistență medicală ambulatorie nediscriminatoriu, tuturor categoriilor de pacienți care se adresează spitalului și au în structură, cabinete medicale de specialitate care au corespondent în specialitățile secțiilor și compartimentelor cu paturi, precum și cabinete medicale în alte specialități, după caz, pentru a asigura o asistență medicală complex.

(2) Conducerea Spitalului încheie pentru ambulatoriul integrat, contract de furnizare de servicii medicale de specialitate cu C.A.S. Sălaj, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru aplicabil.

(3) Serviciile medicale furnizate în funcție de specialitate, se înregistrează pentru asigurații cu afecțiuni cronice obligatoriu atât în fișele de consultații cât și în registrele de consultații.

(4) Directorul medical, în calitate de coordonator al ambulatoriului integrat:

a) organizează asistența medicală ambulatorie pentru toate categoriile de pacienți care se adresează acestuia;

b) analizează periodic modul în care se realizează asistența medicală în cadrul Ambulatoriului integrat și informează periodic Comitetul director și Consiliul medical despre activitatea acestuia;

c) organizează asistența medicală de urgență în cadrul Ambulatoriului integrat;

d) organizează activitatea de perfecționare a pregătirii personalului sanitar încadrat în cele Ambulatoriul integrat;

e) urmărește și ia măsuri de respectare a programului cu orele de cabinet pentru medici și personalul mediu;

f) organizează trierea medicală a bolnavilor trimiși pentru internare în spital;

g) solicită ori de câte ori este nevoie sprijinul medicilor șefi ai secțiilor cu paturi pentru îmbunătățirea asistenței medicale în cadrul ambulatoriului integrat.

(5) **Cabinetele de consultații medicale de specialitate din Ambulatoriul integrat** au, în principal, următoarele atribuții:

a) stabilirea diagnosticului și tratamentului pacienților care se prezintă cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul specialist din ambulatoriu, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care nu au necesitat internare în regim continuu sau spitalizare de zi;

b) monitorizarea și controlul pacienților care au fost internați în spital și care se prezintă la controalele programate la solicitarea medicului curant sau cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau de la medic specialist din ambulatoriu, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru afecțiunile pentru care au fost internați;

c) asigură tratamentul pacienților care constituie urgențe ce pot fi soluționate și care se prezintă direct la cabinetele de specialitate;

d) îndrumă pacienții care nu necesită tratament de specialitate sau internare la medicii de familie, cu indicația conduitei terapeutice;

e) acordă primul ajutor, organizează transportul și asistența medicală pe timpul transportului la spital al pacienților cu afecțiuni medico-chirurgicale de urgență;

f) efectuează intervenții de mică chirurgie la nivelul de rezolvare ambulatorie;

g) prescrie medicamente cu sau fără contribuție asiguraților în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

h) recomandă internarea în secția cu paturi a pacienților, întocmesc biletul de trimitere și raportează cazurile de boli infecțioase depistate;

i) colaborează cu medicii de familie pentru dispensarizarea unor bolnavi din evidența acestora;

j) emit certificate medicale conform reglementărilor legale în vigoare;

k) efectuează în specialitatea specifică consultații medicale pentru angajare și control medical periodic;

l) întocmesc fișele medicale de trimitere a bolnavilor la tratamente și recuperare;

m) efectuează gărzi în linia de gardă organizată pe spital potrivit reglementărilor legale în vigoare;

n) asigură consultații interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate sau pentru cei internați în alte unități spitalicești, în baza relațiilor contractuale stabilite cu unitățile sanitare respective;

o) asigură păstrarea confidențialității față de terți asupra datelor de identificare și serviciile medicale acordate asiguraților;

p) asigură dreptul la liberă alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere la consultații interdisciplinare;

q) asigură respectarea condițiilor de igienă și sterilizare a materialelor și instrumentelor medico-sanitare din cabinete;

r) completează prescripțiile medicale conexe actului medical, atunci când este cazul, pentru afecțiuni acute, subacute, cronice;

s) monitorizează pacienții cronici prin fișe, plan de recuperare, programe terapeutice;

t) asigură păstrarea documentelor medicale cu respectarea normelor în vigoare în ceea ce privește arhivarea acestora.

(6) Medicii, cu excepția șefilor de secție, care acordă servicii medicale într-o/într-un secție/compartiment din structura Spitalului, au obligația de a desfășura activitate în ambulatoriile integrate ale Spitalului, în cadrul normei lunare de lucru, conform graficului stabilit de managerul spitalului, la propunerea medicului șef de secție sau a medicului coordonator, după caz.

(7) În ambulatoriile integrate ale spitalului, programul care face obiectul contractului cu C.A.S. Sălaj este cel al cabinetului medical, programul fiecărui medic fiind stabilit de managerul spitalului, la propunerea medicului șef de secție sau a medicului coordonator.

(8) Pe perioada în care medicii prevăzuți la alin. (6) desfășoară activitate în ambulatoriile integrate ale spitalului beneficiază de acordarea drepturilor salariale corespunzătoare secției/compartimentului în care sunt încadrați.

**Art. 43 . (1) - Structura ”Medici rezidenți”** asigură încadrarea absolvenților licențiați ai facultăților de medicină care efectuează pregătire postuniversitară necesară obținerii uneia dintre specialitățile cuprinse în Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală, conform art. 75 alin (8) din *Legea învățământului superior nr. 199/2023, cu modificările și completările ulterioare*.

(2) Evidența medicilor personalului medical care încadrează structura ”Medici rezidenți” este asigurată de către Compartimentul resurse umane și salarizare.

(3) Cheltuielile de personal aferente medicilor rezidenți se suportă de la bugetul de stat, în limita duratei maxime prevăzute pentru specialitatea pentru care optează, în baza documentelor doveditoare privind frecventarea stagiilor, emise de unitatea la care se efectuează pregătirea.

**Art. 44 . (1) – Camera de gardă** este organizată și funcționează în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare*.

(2) Este interzis refuzul acordării asistenței medicale de urgență unui pacient care solicită acest lucru fără evaluarea stării acestuia de către un personalul medico-sanitar din cadrul Camerei de gardă și stabilirea lipsei unei afecțiuni care necesită îngrijiri medicale în cadrul acesteia și eventuala internare a pacientului.

(3) Camera de gardă din cadrul Spitalului este destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență ale pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe, asigurând, în principal, următoarele activități:

- a) triajul urgențelor la prezentarea la spital, potrivit prevederilor legislației incidente în vigoare;
- b) stabilirea tratamentului inițial al tuturor urgențelor, cu prioritate a urgențelor majore;
- c) asigurarea asistenței medicale de urgență pentru urgențe majore în echipele mobile de intervenție (consult, stabilizare, monitorizare, tratament, transport);
- d) efectuarea investigațiilor clinice și paraclinice necesare stabilirii diagnosticului și începerii tratamentului inițial;
- e) consult de specialitate în echipă cu medicii din spital pentru stabilirea secției în care urmează să se interneze pacienții sau, luarea deciziei de transfer interspitalicesc, atunci când se constată că sunt depășite competențele spitalului;
- f) asigură monitorizarea, tratamentul și reevaluarea pentru pacienții care necesită internare;
- g) asigură asistența medicală de urgență bolnavilor care nu necesită internare;
- h) controlează și ia măsuri pentru completarea, în permanență, a trusei de urgență cu medicamente și materiale sanitare;
- i) acordarea primului ajutor în situații de urgență medicală care se produc în cadrul spitalului;
- j) asigură, după acordarea primului ajutor, internarea în alte spitale a bolnavilor care nu pot fi asistați din punct de vedere medical în cadrul Spitalului;
- k) monitorizarea, tratarea și reevaluarea pacienților care necesită internare;
- l) confirmă decesul, consemnând aceasta în documentele medicale și transportă cadavrul la camera mortuară, după două ore de la exitus;
- m) anunță cazurile cu implicații medico-legale, conform prevederilor legale incidente în vigoare;
- n) întocmirea la terminarea serviciului, a raportului de gardă în registrul destinat acestui scop, consemnând activitatea din Camera de gardă măsurile luate, deficiențele constatate și alte observații și să prezinte raportul de gardă;
- o) înregistrarea, stocarea, prelucrarea și raportarea adecvată a informațiilor medicale;
- p) formarea continuă a personalului propriu și formarea în medicina de urgență a altor categorii de personal medical.

(4) Pentru realizarea atribuțiilor, Camera de gardă colaborează cu serviciile de urgență prespitalicească și cu secțiile Spitalului, conform prevederilor legale în vigoare

(5) În cadrul Camerei de gardă există normate următoarele posturi: 1 Medic Specialist (cu atribuții suplimentare de coordonare a întregii activități a Camerei de gardă), 6 asistenți medicali generaliști (dintre care unul este desemnat un asistent medical coordonator în cadrul Camerei de gardă).

**Art. 45 . (1) - Compartimentul secretariat, registratură și internări-externări , desfășoară, următoarele activități principale:**

- a) înregistrează, sortează și distribuie corespondența primită și expediată (poștală, electronică sau prin registratură) în registrul de intrări-ieșiri (număr, dată, denumirea instituției, telefon, conținutul mesajului, alte informații considerate necesare);
- b) preia și direcționează apelurile telefonice, iar dacă persoana solicitată este ocupată / lipsește, preia eventualele mesaje și le transmite ulterior sau direcționează apelul către persoanele care ar putea să cunoască problema;
- c) înainte de transferarea mesajului află cine sună și eventual în ce problemă; transmite aceste informații persoanei interesate înainte de a transfera efectiv legătura;
- d) primește persoanele din afară (furnizori, etc.), îi informează pe cei interesați despre sosirea acestora după care conduce vizitatorii la persoanele respective, asigurând protocolul aferent;
- e) în cazul în care persoana care primește vizita este ocupată / lipsește, secretara pune oaspeții în legătura cu altcineva care cunoaște problema;

- f) menține evidența primirii faxurilor, se ocupă de copierea și înregistrarea lor (conținutul mesajului, număr, dată) și îndosărierea lor în bibliorafturi (Primate, Trimise);
- g) tehnoredactează documente oficiale: decizii, dispoziții, adrese, convocări, procese-verbale, note interne etc.;
- h) asigură o bună și promptă comunicare cu toate departamentele și transmite corect și în timp util informațiile;
- i) organizează agenda managerului sau a comitetului director, programări, întâlniri și ședințe;
- j) primește și oferă informații către alte instituții (DSP, CAS, Ministerul Sănătății, etc.), în limita competenței și / sau dispozițiilor primite de la manager;
- k) îndrumă pacienții, aparținătorii sau vizitatorii, dacă este cazul, sau redirecționează solicitările către compartimentul responsabil;
- l) organizează, activitatea de audiențe a membrilor Comitetului director din cadrul Spitalului;
- m) transmite dispozițiile managerului, urmărește modul de îndeplinire a acestora și îl informează operativ despre finalizarea măsurilor dispuse;
- n) pregătește și asigură desfășurarea ședințelor de lucru ale managerului spitalului;
- o) asigură organizarea și desfășurarea, precum și activitatea de secretariat a ședințelor de lucru;
- p) redactează procesele verbale ale ședințelor de lucru;
- q) răspunde de respectarea procedurilor interne legate de utilizarea aparaturii din dotare;
- r) răspunde de informarea imediată a persoanelor responsabile privind orice defecțiune în funcționare a echipamentului cu care își desfășoară activitatea;
- s) urmărește în permanență dacă mesajele / corespondența au fost recepționate / transmise și au ajuns la destinație.

(2) În ceea ce privește procesul de internari-externare al pacienților, la nivelul Compartimentul secretariat, registratură și internări-externări se desfășoară în principal următoarele activități:

- u) colectează datele la nivel de secție, pentru spitalizarea continuă ;
- v) verifică datele pacientului la internare și completarea lor unde este cazul;
- w) introduce în programul Sistemului informatic unic integrat datele privind evidența concediilor medicale acordate de către medici pacienților.
- x) asigură circuitul informațional al datelor prin sistemul informatic existent;
- y) verifică zilnic mișcarea bolnavilor în colaborare cu asistentele șefe, întocmește situația zilnică centralizatoare cu alocarea și scoaterea la drepturi de hrană și transmiterea ei la bloc alimentar;
- z) ține la zi evidența informatizată a pacienților externați și răspunde de corectitudinea datelor introduse în sistemul informatic;

**Art. 46 . - (1) Compartimentul resurse umane și salarizare**, are responsabilitatea organizării și desfășurării în foarte bune condiții a activităților specifice din domeniile:

- a) managementul personalului din cadrul Spitalului, pentru asigurarea unui nivel optim de încadrare și perfecționare a pregătirii profesionale;
- b) asigurarea resursei umane în vederea încadrării posturilor permanente din structura Spitalului;
- c) gestionarea activității de soluționare a petițiilor, cererilor și sesizărilor din domeniul personal;
- d) gestionarea statului de funcții și organigramei spitalului;
- e) susținerea și eficientizarea procesului decizional, precum și în întrebuintarea eficientă a resurselor umane, pentru atingerea obiectivelor propuse/îndeplinirea misiunii.

(2) Compartimentul resurse umane și salarizare asigură, în principal, îndeplinirea următoarelor activități:

- a) consilierea managerului și întocmirea documentelor specifice în domeniul problemelor de personal, pentru înaintarea de propuneri pentru încadrarea și eliberarea din funcții;

- b) analizează necesarul de personal pentru creșterea nivelului de încadrare cu personal;
- c) normarea activității personalului stabilind numărul necesar de posturi pentru fiecare compartiment, pe baza volumului de activitate, tipului de servicii oferite și reglementărilor Ministerului Sănătății și elaborează normativele de personal (medici, asistenți, infirmieri etc.) în funcție de tipul unității și profilul secțiilor;
- d) organizarea structurii de personal și a activității, context în care propune și actualizează organigrama și statul de funcții, în urma analizei necesarului de personal și colaborării cu managementul spitalului pentru planificarea angajărilor, detașărilor sau reorganizărilor.
- e) coordonarea procesului de evaluare profesională a personalului, elaborând în acest sens, anual, "Schema de evaluare profesională a personalului", elaborează și distribuie fișele de evaluare, centralizează rezultatele și le transmite conducerii spitalului;
- f) coordonează activitățile pe linia întocmirii fișelor de post pentru personalul din Spital, de către șefii ierarhici – pentru posturile din subordinea acestora;
- g) organizează și coordonează activitatea de întocmire și depunere a declarațiilor de avere și de interese;
- h) analizează și prezintă propuneri privind perfecționarea pregătirii personalului prin cursuri/instruiri;
- i) gestionează activitatea de soluționare a petițiilor, cererilor și sesizărilor din domeniul managementului resurselor umane;
- j) coordonează activitățile specifice privind managementul personalului contractual, referitoare la angajarea, evaluarea, promovarea, încadrarea în condiții de muncă, recompensarea, răspunderea disciplinară, detașarea/delegarea, alegerea reprezentanților, pensionarea, încetarea raporturilor de muncă, acordarea drepturilor legale, precum și la soluționarea petițiilor;
- k) participă la fundamentarea bugetului de venituri și cheltuieli, prin estimarea sumelor necesare pentru cheltuielile de personal pe surse de finanțare;
- l) asigurarea încadrării personalului de execuție, de toate categoriile, potrivit statului de funcții, cu respectarea nomenclatoarelor de funcții și salarizare, conform condițiilor de studii și vechime în muncă;
- m) efectuarea controlului prestării muncii atât în cadrul programului de lucru cât și în afara acestuia (gărzi, muncă suplimentară, etc);
- n) asigură acordarea drepturilor de salariale: salariul de bază, spor de vechime, spor pentru condiții de muncă, indemnizații, etc;
- o) întocmirea contractelor de muncă pentru personalul nou încadrat și a întocmirea actelor adiționale la contractele de muncă în urma modificărilor intervenite;
- p) operarea în aplicația REGES a tuturor modificărilor intervenite la contractele de muncă, transmiterea la ITM în termenul legal a modificărilor intervenite în registrul general de evidență electronică a salariaților, la elementele constitutive prevăzute de metodologia de întocmire și completare a registrului electronic;
- q) întocmirea dosarelor cerute de legislația în vigoare, în vederea pensionării;
- r) asigurarea întocmirii dărilor de seamă statistice privind numărul mediu al salariaților, câștigurile salariale, costul forței de muncă, etc.;
- s) stabilirea salariilor de bază și a altor drepturi salariale pentru personalul nou angajat.
- t) emite deciziile de delegare, de majorare a salariilor, de acordare a sporurilor la salariilor de bază, de acordare a gradațiilor corespunzătoare tranșelor de vechime, cu respectarea legilor în vigoare, pe care le supune aprobării managerului;
- u) se ocupă de organizarea concursurilor/examenelor pentru ocuparea posturilor vacante și de organizarea examenelor de promovare în funcții, conform legislației;
- v) eliberează adeverințe salariaților în funcție de necesități, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare;
- w) întocmește planificarea anuală a concediilor de odihnă și ține evidența concediilor, zilelor libere de orice fel și a absențelor, precum și a sancțiunilor și recompenselor pentru personalul spitalului;
- x) aplică prevederile legale privind protecția maternității la locurile de muncă;
- y) întocmește declarația privind contribuțiile la bugetul asigurărilor sociale de stat;

z) se asigură de implementarea standardelor de control intern managerial în compartiment și, la nivel de spital, în special a standardului cu privire la Atributii, functii și sarcini;

aa) verifică corectitudinea întocmirii pontajelor și operează în programul de salarii pontajele pentru fiecare salariat;

bb) actualizează situația cu personalul medico-sanitar, certificatele de membru, autorizațiile de liberă practică și polițele de asigurare mallpraxis, pentru încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate; transmite la CAS toate modificările intervenite în cursul anului;

cc) întocmește situația lunară a numărului de posturi aprobate și ocupate și a fondului de salarii realizat pe categorii de personal și pe surse de finanțare;

dd) elaborează, pe baza datelor furnizate de secții, servicii, birouri și compartimente *”Planul anual de formare profesională, prin cursuri și instruirii”*;

ee) urmărește împreună cu compartimentul juridic apariția și modificarea legislației în domeniu;

ff) întocmește alte situații solicitate de conducerea spitalului, Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică, Casa Județeană de Asigurări de Sănătate sau Consiliul Județean.

gg) elaborarea documentației pentru reorganizare sau restructurare, pregătind în acest sens documentația necesară în cazul reorganizării structurii organizatorice, înființării sau desființării de compartimente, modificării numărului de posturi sau funcții;

hh) participă la elaborarea Regulamentului de organizare și funcționare, precum și a Regulamentului intern;

ii) participare la audituri sau controale, oferind în acest sens informații și documente privind normarea și organizarea resurselor umane în cadrul inspecțiilor sau auditului intern/extern (ex. Casa de Asigurări, DSP, Curtea de Conturi etc.).

**Art. 47 . - (1) Compartimentul statistică și informatică medicală** asigură, în principal, exercitarea în volum complet a următoarelor atribuții:

a) colectează datele la nivel de secție, pentru spitalizarea continua și spitalizarea de zi;

b) verifică datele pacientului la internare și completarea lor unde este cazul;

c) colectează, centralizează și trimite către Casa de Asigurari de Sănătate raportările specifice conform prevederilor legale;

d) introduce în programul Sistemului informatic unic integrat datele privind evidența concediilor medicale acordate de către medici pacienților.

e) asigură circuitul informațional al datelor prin sistemul informatic existent;

f) verifică zilnic mișcarea bolnavilor în colaborare cu asistentele șefe, întocmește situația zilnică centralizatoare cu alocarea și scoaterea la drepturi de hrană și transmiterea ei la bloc alimentar;

g) ține la zi evidența informatizată a pacienților externați și răspunde de corectitudinea datelor introduse în sistemul informatic;

h) înregistrează datele medicale din Foile de Observație Clinice Generale și Foile de Spitalizare de Zi în aplicația medicală în vederea colectării setului minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea continuă și de zi;

i) verifică datele medicale din Foile de Observație Clinice Generale (FOCG), Foile de spitalizare de zi (FSZ), examinările din ambulatoriu, examinările paraclinice, și eliminarea erorilor de înregistrare, privind asigurarea și/sau codificarea;

j) colectează datele la nivel de secție și spital lunar, trimestrial, anual și le prelucrează în vederea transmiterii pentru validare și revalidare la Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform sistemului de clasificare în grupe de diagnostic (DRG);

k) colectează și centralizează raportările serviciilor medicale din ambulatoriul integrat al spitalului și spital în vederea transmiterii către C.A.S. Sălaj spre decontare;

l) are obligativitatea răspunderii la chestionarele statistice incluse în sistemul electronic de date;

m) întocmește raportul de decontare a serviciilor spitalicești în baza formularelor tipizate ale CAS Sălaj;

n) urmărește derularea contractelor de servicii medicale spitalicești și ambulatorii și realizarea indicatorilor cuprinși în contracte;

o) calculează indicatorii specifici prin care se analizează activitatea spitalului și întocmește rapoartele, centralizările, dările de seamă și situațiile statistice periodice lunare, trimestriale, semestriale și anuale solicitate de conducerea spitalului, autoritatea tutelară și alte instituții abilitate, conform reglementărilor în vigoare și le înaintează la termen;

p) informează șefii/coordonatorii de structuri medicale despre indicatori, despre cazurile nevalidate ori de câte ori este necesar într-o lună, trimestrial și anual;

q) urmărește în dinamică, corelarea diferiților indicatori privind activitatea, comparativ cu alte unități sau pe țară, și informează conducerea unității în caz de abateri;

r) pune prompt și conform dispozițiilor legale în vigoare, la dispoziție, foile de observație, la solicitarea pacientului, organelor de anchetă (poliție, judecătore, parchet, etc.), IML, organelor de control în general, după caz, conform legii;

s) păstrează confidențialitatea datelor colectate și transmise în conformitate cu legile în vigoare;

t) gestionează și arhivează toate datele statistice medicale colectate pe spital.

**Art. 48 . - Compartimentul juridic**, are, în principal, următoarele atribuții:

a) la cererea conducerii spitalului, avizează și contrasemnează actele cu caracter juridic, pe cele care pot angaja răspunderea patrimonială a spitalului, precum și orice alte acte care produc efecte juridice;

b) reprezintă și apără drepturile și interesele legitime ale spitalului în raporturile lui cu instituții de orice natură și cu orice persoană, fie ea juridică sau fizică, româna ori străină, precum și în cadrul oricărei proceduri prevăzute de lege, în baza delegației date de conducerea unității;

c) sesizează organul de executare silită competent cu privire la creanțele care îi sunt aduse la cunostință de către directorul financiar contabil;

d) redactează cererile de chemare în judecată, de exercitare a căilor de atac, modifică, renunță la pretenții și căi de atac, cu aprobarea conducerii unității;

e) urmărește apariția actelor normative și semnalează organelor de conducere și compartimentelor interesate informațiile de interes specific pentru acestea;

f) asigură consultanță juridică pentru membrii comitetului director sau a șefilor secțiilor, laboratoarelor, compartimentelor, precum și, în probleme de serviciu, pentru personalul salariat al spitalului; în acest sens, acordă consultanță și redactează cereri cu caracter juridic în toate domeniile dreptului;

g) redactează opinii juridice cu privire la aspecte legale ce privesc activitatea spitalului;

h) redactează proiectele de contracte;

i) redactează acte juridice, atestă identitatea părților, consimțământul, continutul și data actelor încheiate, care privesc spitalul, la cererea managerului;

j) verifică legalitatea actelor cu caracter juridic și administrativ primite spre avizare;

k) redactează documente/acte/contracte juridice, la solicitarea membrilor comitetului director sau a șefilor de secție/laborator/birou/compartiment, în baza dispoziției managerului spitalului;

l) nu se pronunță asupra aspectelor economice, tehnice sau de altă natură cuprinse în documentul avizat ori semnat de acesta;

m) este obligat să respecte dispozițiile legale privitoare la interesele contrare în aceeași cauză sau în cauze conexe ori, după caz, a conflictului de interese;

n) este obligat să respecte secretul și confidențialitatea activității sale, în condițiile legii;

o) îndeplinește orice alte lucrări cu caracter juridic, sub rezerva legalității acestora, în limita competenței profesionale.

**Art. 49 . - (1) Compartimentul de management al calității serviciilor de sănătate** este organizat și funcționează potrivit prevederilor *Ordinului comun al M.S./A.N.M.C.S. nr. 1312/250/2020 privind organizarea si functionarea structurii de management al calitatii serviciilor de sanatate in cadrul unitatilor sanitare cu paturi si serviciilor de ambulanta, in procesul de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.*

(2) Compartimentul de management al calității serviciilor de sănătate este condus de un responsabil cu managementul calității, denumit în continuare RMC, al cărui responsabilități sunt prevăzute în Ordinul comun al M.S./A.N.M.C.S. nr. 1312/250/2020.

(3) La nivelul spitalului, îndeplinește funcția de RMC persoana desemnată de managerul unității sanitare ca responsabil al compartimentului de management al calitatii serviciilor de sanatate.

(4) RMC participă, fără drept de vot, la ședințele Comitetului director și ale Consiliului medical, pentru a prezenta aspectele relevante ale procesului de îmbunătățire a calității din întreaga unitate sanitară și a consilia conducerea spitalului cu privire la impactul deciziilor luate asupra managementului calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.

(5) Pentru realizarea obiectului său de activitate, Compartimentul de management al calității serviciilor de sănătate desfășoară următoarele activități principale:

a) elaborarea, împreună cu Consiliul medical a Planului de management al calității serviciilor de sănătate, precum și coordonarea și monitorizarea implementării acestuia;

b) evaluarea periodică a stadiului de implementare a Planului de management al calității serviciilor de sănătate și a nivelului de conformitate cu standardele și cu cerințele de monitorizare postacreditare, adoptate de către Autoritatea Națională de Management a Calității în Sănătate, denumită în continuare ANMCS;

c) informarea periodică a conducerii și a personalului din cadrul spitalului cu privire la nivelul de implementare a Planului de management al calității serviciilor de sănătate și, după caz, actualizarea acestuia;

d) coordonarea și monitorizarea elaborării de către structurile de la nivelul spitalului a documentelor calității;

e) asigurarea instruirii și informării personalului din cadrul spitalului cu privire la organizarea și implementarea sistemului de management al calității serviciilor de sănătate si siguranței pacientului;

f) măsurarea și evaluarea calității serviciilor furnizate de catre spital, inclusiv investigarea nivelului de satisfacție a pacienților;

g) coordonarea și controlul activității de colectare și de raportare, conform legislației în vigoare, a datelor și documentelor necesare în procesul de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului;

h) coordonarea și controlul activității de analiză, evaluare și raportare a indicatorilor de monitorizare a conformității la cerințele standardelor ANMCS;

i) monitorizarea, centralizarea, analiza și raportarea către ANMCS a situațiilor legate de producerea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale, precum și a altor informații necesare pregătirii evaluării unității sanitare sau monitorizării nivelului de conformitate cu standardele ANMCS;

j) coordonarea și participarea, alături de alte structuri din cadrul spitalului, la desfășurarea activităților de audit clinic;

k) îndrumarea responsabililor de riscuri de la nivelul structurilor din cadrul spitalului în activitatea de identificare și de management al riscurilor;

l) asigurarea consilierii conducerii în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului și participarea la elaborarea și implementarea politicii de calitate a serviciilor de sănătate la nivelul unității sanitare;

m) elaborarea și înaintarea către conducerea unității sanitare a rapoartelor periodice conținând propuneri și recomandări ca urmare a activităților desfășurate și a rezultatelor obținute;

n) monitorizarea elaborării, implementării și evaluării eficacității și/sau eficienței procedurilor și protocoalelor de bune practici clinice și manageriale.

**Art. 50 . - Compartimentul prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale**, are, în principal, următoarele atribuții:

a) organizează și participă la întâlnirile Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;

b) propune managerului sancțiuni pentru personalul care nu respectă procedurile și protocoalele de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale;

- c) șeful compartimentului participă în calitate de membru/invitat – fără drept de vot – la ședințele Comitetului director al unității sanitare și, după caz, propune acestuia recomandări pentru implementarea corespunzătoare a planului anual de prevenire a infecțiilor, echipamente și personal de specialitate;
- d) elaborează și supune spre aprobare planul anual de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitară;
- e) organizează, în conformitate cu metodologia elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică, anual, un studiu de prevalență de moment a infecțiilor nosocomiale și a consumului de antibiotice din spital;
- f) organizează și derulează activități de formare a personalului unității în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale;
- g) organizează activitatea serviciului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale pentru implementarea și derularea activităților cuprinse în planul anual de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;
- h) propune și inițiază activități complementare de prevenție sau de limitare cu caracter de urgență, în cazul unor situații de risc sau al unui focar de infecție asociată asistenței medicale;
- i) elaborează ghidul de izolare al unității sanitare și coordonează aplicarea precauțiilor specifice în cazul depistării colonizărilor/infecțiilor cu germeni multiplerezistenți la pacienții internați;
- j) întocmește harta punctelor și zonelor de risc pentru apariția infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează procedurile și protocoalele de prevenire și limitare în conformitate cu aceasta;
- k) implementează metodologiile naționale privind supravegherea bolilor transmisibile și studiile de supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- l) verifică completarea corectă a registrului de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale de pe secții și centralizează datele în registrul de monitorizare a infecțiilor al unității;
- m) raportează la direcției de sănătate publică județene infecțiile asociate asistenței medicale ale unității și calculează rata de incidență a acestora pe unitate și pe secții;
- n) organizează și participă la evaluarea eficienței procedurilor de curățenie și dezinfecție prin recoltarea testelor de autocontrol;
- o) colaborează cu medicul de laborator pentru cunoașterea circulației microorganismelor patogene de la nivelul secțiilor și compartimentelor, cu precădere a celor multirezistente și/sau cu risc epidemiologic major, pe baza planului de efectuare a testelor de autocontrol;
- p) solicită trimiterea de tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referință, în conformitate cu metodologiile elaborate de Institutul Național de Sănătate Publică, în scopul obținerii unor caracteristici suplimentare;
- q) supraveghează și controlează buna funcționare a procedurilor de sterilizare și menținere a sterilității pentru instrumentarul și materialele sanitare care sunt supuse sterilizării;
- r) supraveghează și controlează activitatea de triere, depozitare temporară și eliminare a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală;
- s) organizează, supraveghează și controlează respectarea circuitelor funcționale ale unității, circulația pacienților și vizitatorilor, a personalului și, după caz, a studenților și elevilor din învățământul universitar, postuniversitar sau postliceal;
- t) avizează orice propunere a unității sanitare de modificare în structura unității;
- u) supraveghează și controlează respectarea în secțiile medicale și paraclinice a procedurilor de triaj, depistare și izolare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- v) răspunde prompt la informația primită din secții și demarează ancheta epidemiologică pentru toate cazurile suspecte de infecție asociată asistenței medicale;
- w) dispune, după anunțarea prealabilă a managerului unității, măsurile necesare pentru limitarea difuziunii infecției, respectiv organizează, după caz, triaje epidemiologice și investigații paraclinice necesare;

x) întocmește și definitivează ancheta epidemiologică a focarului, difuzează informațiile necesare privind focarul, în conformitate cu legislația, întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate în focar;

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

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

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

**Art. 51 . - (1) Directorul financiar-contabil**, exercită conducerea, controlul și coordonarea structurilor financiar-contabile, de achiziții publice și statistică medicală din cadrul Spitalului, conform diagramei de relații interne a Spitalului prevăzută în organigramă. Poate asigura conducerea/coordonarea și a altor structuri din cadrul Spitalului în baza delegării de competență dată potrivit prevederilor legale în vigoare, prin dispoziție managerială.

(2) Principalele activități exercitate de către directorul financiar-contabil sunt cele menționate în contractul său de administrare încheiat cu managerul spitalului și de diferite ordine incidente în vigoare emise de către Ministerul Sănătății și/sau Ministerul Finanțelor. În afara acestora, directorul financiar-contabil exercită atribuții punctuale în calitate de membru a unor diferite comisii/consilii/comitete în care este nominalizat prin dispoziție a managerului Spitalului.

**Art. 52 . - (1) Compartimentul contabilitate** asigură exercitarea în volum complet a următoarelor atribuții:

a) asigură realizarea și raportarea indicatorilor de performanță economico-financiară;

b) întocmește bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului în vederea avizării de către Consiliul de administrație;

c) întocmește listele de investiții în baza propunerilor primite de la Compartimentul achiziții publice, contractare, aprovizionare;

d) asigură și exercită controlul financiar preventiv în conformitate cu dispozițiile legale;

e) răspunde de înregistrarea în contabilitate a tuturor operațiunilor și bunurilor care alcătuiesc domeniul public al statului, în baza documentelor justificative primite;

f) asigură și răspunde de buna organizare a activității financiar-contabile a unității, de întocmirea la timp și corect a bilanțelor de verificare, a execuției bugetare, a dărilor de seamă trimestriale și anuale (cu anexele corespunzătoare);

g) organizează evidența angajamentelor bugetare și legale, răspunde de / și asigură angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor;

h) ia măsuri să nu angajeze cheltuieli peste bugetul aprobat;

i) asigură și contribuie la organizarea și desfășurarea inventarierii patrimoniului cel puțin o dată pe an sau în cazuri excepționale (calamități, nereguli, fraude, sau la predarea gestiunii);

j) asigură și răspunde de înregistrarea în contabilitate a rezultatelor inventarierii (plusurile se înregistrează, iar minusurile se impută persoanelor vinovate) pe baza documentelor justificative primite;

k) înregistrează în contabilitate toate drepturile de creanță și toate obligațiile de plată către furnizori și creditori;

l) organizarea analizei periodice a utilizării bunurilor materiale și luarea măsurilor necesare împreună cu celelalte birouri și servicii din unitate, în ceea ce privește stocurile disponibile, supranormative, fără mișcare sau cu mișcare lentă sau pentru prevenirea oricăror alte imobilizări de fonduri;

m) asigură aplicarea tuturor măsurilor necesare pentru integritatea patrimoniului și răspunde de recuperarea pagubelor aduse spitalului;

n) asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale, evidența bunurilor de orice fel și ia măsuri pentru ținerea la zi și corect a evidențelor contabile;

- o) organizează, îndrumă și coordonează activitățile care asigură alimentația pacienților internați în spital din punctul de vedere al încadrării bugetare;
- p) pune la dispoziția organelor și organismelor competente, la solicitarea acestora, în condițiile legii, date privind activitatea spitalului;
- q) raportează instituțiilor cu care colaborează, potrivit obligațiilor care decurg din legislația incidentă în vigoare, situațiile cerute în legătura cu activitatea desfășurată în spital;
- r) organizează verificarea documentelor de cheltuieli sub aspectul formei, conținutului și legalității acestora;
- s) organizează și răspunde de gestionarea numerarului unității privind regulamentul operațiunilor de casă;
- t) asigurarea îndeplinirii condițiilor legale privind constituirea garanțiilor materiale și reținerea ratelor;
- u) asigurarea măsurilor de păstrare, manipularea și folosirea formularelor cu regim special;
- v) întocmirea studiilor privind îmbunătățirea activității economice din unitate și propunerea de măsuri corespunzătoare;
- w) întocmirea studiilor privind costuri comparative pe diverși indicatori; zi de spitalizare, pat, pat efectiv ocupat, bolnav, etc, comparativ pe secțiile din unitate, analiza cauzelor care determină diferențe;
- x) analizarea și pregătirea din punct de vedere financiar, a evoluării eficiente a utilizării mijloacelor materiale și bănești puse la dispoziția unității; luarea măsurilor necesare pentru evitarea cheltuielilor neeconomice și inoportune;
- y) asigurarea efectuării corecte și în conformitate cu dispozițiile legale a operațiunilor de încasări și plăți în numerar;
- z) asigurarea creditelor necesare, corespunzătoare comenzilor și contractelor emise în limita creditelor aprobate;
- aa) urmărirea contractelor încheiate cu Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj în vederea decontării serviciilor medicale (spitalicești, ambulatoriu, paraclinice);
- bb) întocmirea lunară a facturilor pentru decontarea serviciilor medicale (spitalicești, ambulatoriu, paraclinice);
- cc) stabilirea necesarului de fonduri pentru programele naționale de sănătate finanțate de Ministerul Sănătății;
- dd) întocmirea lunară a deconturilor pentru Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj privind programele de sănătate, finanțate din fondurile de asigurări sociale;
- ee) transmite lunar facturile de la furnizori, în copie, către Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj pentru decontarea programelor de sănătate;
- ff) solicită necesarul de fonduri pentru acțiunile de sănătate finanțate de Ministerul Sănătății;
- gg) întocmește și transmite dosarele de contractare în vederea încheierii Contractelor de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări;
- hh) elaborează anexele la Contractele de furnizare de servicii medicale încheiate de spital cu casa de asigurări de sănătate;
- ii) întocmește situații prin care se informează conducerea despre cazurile nevalidate;
- jj) asigurarea întocmirii circulației și păstrării documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;
- kk) respectă prevederile legale în vigoare cu privire la păstrarea confidențialității datelor, informațiilor și documentelor referitoare la activitatea spitalului.

**Art. 53 . - (1) Compartimentul achiziții, contracte, aprovizionare** asigură, în principal, exercitarea în volum complet a următoarelor atribuții:

- ll) centralizează referatele de necesitate de la compartimentele de specialitate în vederea elaborării programului anual al achizițiilor publice;
- mm) elaborează programul anual al achizițiilor publice cu respectarea legislației în domeniul achizițiilor publice în vigoare, pe baza necesităților și priorităților comunicate de celelalte compartimente din cadrul autorității contractante;

nn) se preocupă de avizarea și aprobarea programului anual al achizițiilor publice la nivelul conducerii spitalului;

oo) elaborează documentația de atribuire a procedurii de achiziții publice;

pp) supune spre aprobare documentația de atribuire/de concurs;

qq) organizează inițierea, derularea și finalizarea procedurilor de achiziții publice, inclusiv a achizițiilor directe, în conformitate cu legislația din domeniul achizițiilor publice în vigoare;

rr) elaborează și implementează procedura operațională pentru diferite categorii de proceduri de achiziții și orice alte proceduri documente incidente domeniului achiziții publice;

ss) elaborează nota de justificare pentru procedura selectată;

tt) elaborează sau, după caz, coordonează documentația de atribuire a contractelor de achiziții publice - documentația ce cuprinde toate informațiile legate de obiectul contractului de achiziție publică și de procedura de atribuire selectată pentru acesta;

uu) redactează și semnează contractele și se preocupă de avizarea și semnarea acestora la nivelul conducerii spitalului și transmite toate informațiile necesare Compartimentului administrativ, tehnic și transport pentru întocmirea comenzii;

vv) elaborarea sau, după caz, în cazul organizării unui concurs de soluții, a documentației de concurs;

ww) îndeplinirea obligațiilor referitoare la publicitate, astfel cum sunt acestea prevăzute de lege;

xx) introducerea în sistemul informatic integrat al spitalului a datelor privind acordurile-cadru, contractele subsecvente, contractele de achiziții, actele adiționale aferente acestora și notele justificative;

yy) urmărește derularea realizării contractelor;

zz) întreprinde demersurile necesare (formularea punctului de vedere, copii de pe documente etc.) soluționării contestațiilor formulate împotriva procedurilor de achiziții promovate de către Spital și depuse la Consiliul Național de Soluționare a Contestațiilor;

aaa) întocmește graficul de livrări pentru bunurile, serviciile și lucrările achiziționate, anexate la contracte;

bbb) constituie și păstrează dosarul fiecăreia dintre achizițiile publice;

ccc) răspunde de legalitatea procedurilor de achiziție efectuate;

ddd) coordonează și elaborează, în baza necesităților transmise de către celelalte compartimente din cadrul spitalului, documentele (studii de piață, note justificative, contracte de achiziție) necesare achiziționării directe de produse, servicii sau lucrări care nu depășesc plafonul-limită prevăzut de legislație pentru achizițiile directe;

eee) derulează și finalizează achizițiile directe;

fff) asigură relațiile de corespondență și dialog cu instituțiile de control în domeniul achizițiilor publice;

ggg) verifică și elaborează puncte de vedere cu privire la sesizările referitoare la nerespectarea prevederilor legale privind atribuirea contractului de achiziție;

hhh) întocmește situații și rapoarte specifice activității Compartimentului achiziții publice, contractare, aprovizionare;

iii) respectă, cu strictețe, prevederile legislației în vigoare din domeniul achizițiilor publice pentru asigurarea cheltuirii eficiente și oportune a fondurilor publice.

**Art. 54 . - Compartimentul administrativ, tehnic și transport** îndeplinește, în principal, următoarele atribuții:

a) îndrumă și organizează spălătoria, blocul alimentar, precum și serviciul de pază din cadrul spitalului;

b) participă la ședințele Comitetului de securitate și sănătate în muncă și de analiză a managementului;

c) întocmește Planul de autoapărare pentru Situații de Urgență și Protecție Civilă.

d) coordonează activitatea parcului auto;

e) verifică și confirmă foile de parcurs ale autovehiculelor și stabilește activitatea zilnică a fiecărui conducător auto;

f) răspunde de starea tehnică a autovehiculelor;

- g) asigură, în colaborare cu directorul financiar-contabil, inventarierea patrimoniului la termenele stabilite prin acte normative;
- h) organizează efectuarea casării și declasării mijloacelor fixe și obiecte de inventar în baza listelor primite de la serviciul contabilitate;
- i) colaborează cu șefii de secții, servicii, compartimente pentru buna funcționare și desfășurare a activității administrative din unitate;
- j) asigură activ aprovizionarea unității cu alimente, materiale, instrumentar și aparatură în cele mai bune condiții;
- k) întocmește comenzile în vederea asigurării aprovizionării spitalului cu alimente, materiale, instrumentar, aparatură etc., în cele mai bune condiții și la termenele contractuale;
- l) ține evidența comenzilor;
- m) eliberează materialele solicitate prin magazia spitalului, către toate structurile din organigrama Spitalului, pe baza graficelor aprobate și a bonurilor de consum și de mișcare;
- n) asigură monitorizarea și cunoașterea exactă a stocurilor și a consumurilor zilnice de materiale sanitare și de laborator, precum și de materiale pentru curățenie și întreținere;
- o) confirmă realitatea, regularitatea și legalitatea aprovizionării cu bunuri, servicii și lucrări în baza facturilor primite, ca urmare a emiterii comenzilor;
- p) pune la dispoziția organelor și organismelor competente, la solicitarea acestora, în condițiile legii, date privind activitatea compartimentului;
- q) desfășoară activitatea de întreținere și reparații a instalațiilor, utilajelor, clădirilor din unitatea sanitară context în care exercită următoarele atribuții:
  - a. efectuează lucrări de reparații curente;
  - b. asigură buna întreținere a clădirilor, instalațiilor, utilajelor și aparaturilor medicale;
  - c. stabilește cauzele degradării sau distrugerii construcțiilor, instalațiilor sau utilajelor și propune măsuri corespunzătoare;
  - d. stabilește necesarul de materiale de întreținere, de construcții, piese de schimb pentru aparatura medicală;
  - e. efectuează operațiile de întreținere și reparare la aparatele, instalațiile medicale din dotarea spitalului județean;
  - f. asigură asistența tehnică la recepționarea aparatelor, instalațiilor medicale;
  - g. efectuează montarea aparatelor, instalațiilor în conformitate cu competențele stabilite;
  - h. avizează din punct de vedere tehnic propunerile privind casarea aparatelor și instalațiilor din dotare, în conformitate cu legile în vigoare.
- r) asigură păstrarea arhivei unității conform normelor legale;
- s) efectuează controale periodice la locurile de muncă cu scopul verificării gradului de respectare al reglementarilor care privesc apărarea împotriva incendiilor;
- t) organizează executarea lucrărilor de dezinsecție și deratizare conform planului anual de dezinsecție și deratizare, precum și la nevoie;
- u) răspunde de activitatea muncitorilor de toate categoriile;
- v) urmărește întreținerea curățeniei spațiilor verzi și aleilor zilnic.

**Art. 55 . - Spălătoria** din cadrul Spitalului este un serviciu auxiliar de deservire care contribuie la prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale, asigurând un flux corect al materialelor textile medicale și menținerea unui standard ridicat de igienă în unitatea sanitară.

(2) În cadrul acestuia se desfășoară activități pentru asigurarea igienei textilelor medicale, prin colectarea, spălarea, dezinfectarea, uscarea, călcarea, depozitarea și distribuirea lenjeriei și a altor materiale textile utilizate în spital, după cum urmează:

- a) colectarea lenjeriei murdare din secții se realizează zilnic din secțiile medicale, conform prevederilor unei proceduri documentate întocmite în acest sens la nivelul spitalului, utilizându-se în acest sens trasee separate pentru lenjeria murdară și curată, pentru a preveni contaminarea;
- b) sortarea și manipularea în siguranță, în funcție de gradul de murdărie sau tipul de material, cu aplicarea de măsuri stricte de biosecuritate pentru lenjeria contaminată;

- c) spălarea și dezinfectarea lenjeriei, utilizându-se în acest sens echipamente de spălat și dezinfectat, cu cicluri specifice de temperatură și detergent conform normelor sanitare; la nevoie se aplică dezinfecție termochimică pentru distrugerea agenților patogeni (bacterii, virusuri, fungi).
- d) uscarea și călcarea lenjeriei în uscătoare profesionale, împachetarea și ambalarea acesteia, după caz, pentru a facilita distribuția și depozitarea;
- e) execută repararea lenjeriei de orice tip;
- f) utilizează utilajele din dotare cu maximă atenție pentru a nu provoca defecțiuni ale acestora și a evita accidentele de muncă precum și în condițiile încadrării în normele de consum de energie;
- g) depozitarea lenjeriei curate în spații separate, uscate și igienizate și evitarea oricărui contact cu lenjeria murdară sau cu suprafețe contaminate;
- h) distribuția lenjeriei curate către secții se realizează zilnic sau la nevoie, pe baza cererilor secțiilor, în funcție de numărul de pacienți internați, conform programului stabilit;
- i) întreținerea și controlul calității lenjeriei se asigură prin verificarea stării lenjeriei: dacă este uzată, deteriorată sau imposibil de igienizat, se scoate din uz, caz în care, se întocmesc situații de consum, cereri de completare a stocului, și se colaborează cu serviciul administrativ;
- j) realizează igienizarea spațiilor spălătoriei cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune;
- k) oferă un confort psihic pentru pacienți și personal față de un standard hotelier normal.

**Art. 56 . - (1) Blocul alimentar** are circuit separat pentru alimentele neprelucrate sau în curs de prelucrare și separat pentru mâncărurile pregătite și care urmează să fie distribuite pacienților / aparținătorilor și angajaților, după caz, și desfășoară, în principal, următoarele atribuții principale:

- a) ia în primire produsele alimentare din depozitul unității, conform documentelor justificative, având în vedere, în principal, următoarele reguli de igienă și administrative:
  - a. primirea alimentelor în blocul alimentar se face doar a celor care sunt transportate cu mijloace specializate, în containere sau ambalaje anume destinate, separate distinct pe grupe de alimente.
  - b. primirea alimentelor se face numai dacă acestea au fost în prealabil recepționate din punct de vedere cantitativ și calitativ de o comisie formată din cel puțin magazinerul depozitului de alimente și un asistent medical dietetician; calitatea alimentelor recepționate este consemnată sub semnătura celor care le recepționează;
  - c. primirea alimentelor de la depozitul de alimente se face pe baza listei zilnice de alimente, în prezența asistentului de dietetică sau a bucătarului care vor verifica atent calitatea alimentelor primite;
- b) păstrarea alimentelor în condiții igienice conform reglementarilor legale în vigoare;
- c) totalizează regimurile aduse din secțiile de spital pe grupe de regimuri și alcătuiește foaia de observație centralizată pe spital, folosind rețetele din cartea în care sunt înscrise alimentele și cantitățile necesare pentru fiecare dietă;
- d) răspunde de realizarea meniurilor conform planului-meniu stabilite de asistenta de dietetică și a situației privind repartizarea alimentelor pentru fiecare fel de mâncare în parte, astfel încât acestea să aibă gust și aspect plăcut;
- e) prepară alimentele centralizat pentru pacienții și însoțitorii internați, precum și pentru personalul care servește masa la spital, bucătăria dimensionându-se în funcție de numărul de porții (prelucrare primară și prelucrare finală);
- f) respectă meniul zilnic diferențiat pe afecțiuni, întocmit de către asistenta dieteticiană;
- g) respectă normele igienico-sanitare în vigoare;
- h) răspunde de modul de preparare, porționare și repartizare a hranei cu respectarea strictă a instrucțiunilor de igienă și circuit interior;

- i) eliberează și distribuie calitativ preparatele conform listei de alimentație și a centralizatorului cu pacienții și aparținătorii pe regimurile primite din secții, cu respectarea întocmai a prescripțiilor tehnice privind transportul de la bucătărie la secții;
- j) respectă circuitul orar de distribuire a hranei;
- k) organizează, recoltează și păstrează probele de mâncare în spații care să nu le altereze pe perioada păstrării;
- l) ia toate măsurile necesare pentru folosirea integrală a alimentelor repartizate preparării hranei;
- m) elimină reziduurile solide la locul destinat pentru asemenea scop;
- n) urmărește întreținerea spațiilor frigorifice, a tehnicii utilizate la prepararea hranei, a mijloacelor de mică mecanizare și a obiectelor de inventar și menținerea acestora în permanentă stare de funcționare.
- o) organizează și coordonează menținerea unei stări de curățenie corespunzătoare;
- p) urmărește ca hrana preparată să nu fie păstrată peste timpul prevăzut de dispozițiile în vigoare;
- q) respectă reglementările în vigoare privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale și respectarea normelor de protecția muncii și de apărare împotriva incendiilor, la locul de muncă;
- r) organizează activități de educație pentru sănătate privind o alimentație sănătoasă;
- s) personalul are obligația să-și însușească instrucțiunile privitoare la igiena de la locul de muncă și va purta obligatoriu echipament de protecție corespunzător operațiunilor pe care le execută, pe toată perioada serviciului;

(2) Personalul din blocul alimentar va avea carnet de sănătate cu examenul clinic, investigații de laborator conform controlului medical periodic anual și legilor în vigoare.

**Art. 57 . - Compartimentul pază** asigură, în principal, exercitarea în volum complet a următoarelor atribuții:

- a) stabilește reguli unitare de acces în incinta spitalului și în anumite spații cu grad ridicat de securitate, privind prevenirea și limitarea furturilor de orice natură, a distrugerilor, incendiilor și a altor acțiuni producătoare de pagube materiale, precum și protejarea persoanelor internate, a persoanelor care se află în incinta spitalului și a personalului angajat al spitalului;
- b) respectă prevederile documentelor serviciului de pază;
- c) verifică dacă accesul în spital al salariaților spitalului, al pacienților și al vizitatorilor, al salariaților unor firme prestatoare de servicii în spital, al reprezentanților mass-mediei, echipelor diferitelor organe de control, medici rezidenți, elevi școli post-liceale etc., se face conform prevederilor legale și/sau procedurilor în vigoare;
- d) verifică și interzice accesul în spital al persoanelor care au asupra lor armament, muniții, substanțe toxice, stupefiante, explozive ori alte instrumente care pot pune în pericol viața, integritatea corporală sau sănătatea personalului propriu și a pacienților ori patrimoniul unității; fac excepție persoanele care se află în timpul executării misiunilor de intervenție, de protecție a demnitarilor români sau străini sau care asigură paza persoanelor internate, private de libertate;
- e) verifică accesul autovehiculelor, urmărindu-se asigurarea evidenței intrărilor și ieșirilor în Registrul de evidență a accesului autovehiculelor, întocmit în conformitate cu prevederile legale .
- f) participă la rezolvarea tuturor situațiilor de urgență apărute în perimetrul spitalului, respectiv, cutremur, atac chimic, atac nuclear, dezastre, calamități naturale, caniculă, inundații, temperaturi scăzute etc.
- g) deservește tot personalul spitalului privind comunicarea telefonică privind asigurarea legăturilor telefonice atât pentru apelurile de acces către spital cât și cele solicitate în interes de serviciu de către angajații spitalului;
- h) transmite notele telefonice primite în scris de la conducerea spitalului ;
- i) raportează ierarhic nevoile de întreținere și reparare a liniilor telefonice și aparatelor terminale de telefonie fixă/ mobilă.

## **CAP. V - COMISIILE, CONSILIILE, COMITETELE ȘI GRUPURILE DE LUCRU ORGANIZATE LA NIVELUL SPITALULUI**

**Art. 58 .** - (1) Pentru îndeplinirea atribuțiilor și responsabilităților prevăzute de diferite acte normative în vigoare, la nivelul Spitalului se constituie și funcționează comitete, consilii, grupuri de lucru și comisii.

(2) În aplicarea prevederilor art. 5 alin. (1) pct. 16 din Anexa nr. 1 la *OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management si a listei indicatorilor de performanta a activitatii managerului spitalului public, cu modificările și completările ulterioare*, prin dispoziție internă a managerului spitalului, la propunerea personalului cu funcții de conducere din subordinea managerului, la nivelul spitalului se organizează și funcționează diferite comitete, comisii, consilii, grupuri de lucru<sup>6</sup>, al căror regulamente de organizare și funcționare se aprobă de Comitetul director și se constituie ca anexe la prezentul Regulament, după cum urmează:

- a) Comitetul director;
- b) Consiliul medical;
- c) Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.;
- d) Comisia de monitorizare
- e) Grup de lucru al Spitalului constituit în vederea aplicării metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție;
- f) Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- g) Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților;
- h) Consiliul etic;
- i) Comisia medicamentului;
- j) Comisia de farmacovigilență;
- k) Comisia de cercetare disciplinară;
- l) Comitetul de sănătate și securitate în muncă;
- m) Comisia de analiză a decesului;
- n) Comisia de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale.

**Art. 59 .** – (1) La nivelul Spitalului, în temeiul prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare* și ale *O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public*, este organizat și funcționează **Comitetul director**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comitetului director se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 4 la prezentul Regulament.

**Art. 60 .** – (1) La nivelul Spitalului, în temeiul prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare* și ale *O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor*, este organizat și funcționează **Consiliul medical**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Consiliului medical se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 5 la prezentul Regulament.

**Art. 61 .** – (1) La nivelul Spitalului, în temeiul prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, *H.G. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituțional si a unor masuri pentru punerea in aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European si al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispozitie pe piata si utilizarea produselor biocide, cu modificările și completările ulterioare*,

precum și ale O.M.S. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, cu modificările și completările ulterioare, este organizată și funcționează **Comisia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M.**

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 6 la prezentul Regulament.

**Art. 62 .** – (1) La nivelul Spitalului, în temeiul prevederilor *Ordonanței Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare* și a *Ordinului nr. 600/2018 al Secretarului General al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice*, este organizată și funcționează **Comisia de monitorizare.**

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de monitorizare se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 7 la prezentul Regulament.

**Art. 63.** – Pentru implementarea *Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție din Hotărârea Guvernului nr. 599/2018 pentru aprobarea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu indicatorii de estimare a probabilității de materializare a riscurilor de corupție, cu indicatorii de estimare a impactului în situația materializării riscurilor de corupție și formatul registrului riscurilor de corupție, precum și pentru aprobarea Metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu formatul raportului anual de evaluare a incidentelor de integritate*, coroborată cu prevederile *Hotărârii de Guvern nr. 1269/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025* și a documentelor aferente acesteia, la nivelul Spitalului este constituit și funcționează **Grupul de lucru în vederea aplicării metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție.**

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Grupului de lucru în vederea aplicării metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 8 la prezentul Regulament.

**Art. 64 .** – Pentru implementarea prevederilor din Anexa nr. 1, Capitolul I, punctul 3 și Capitolul II punctul 1 la O.M.S. nr. 1101 din 07.10.2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, la nivelul Spitalului este constituit și funcționează **Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.**

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 9 la prezentul Regulament.

**Art. 65 .** – Pentru implementarea prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, la nivelul Spitalului este constituită și funcționează **Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților**

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 10 la prezentul Regulament.

**Art. 66 .** – Pentru implementarea prevederilor art. 3 din OMS nr. 1502/2016 pentru aprobarea componentei și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice, la nivelul Spitalului este constituit și funcționează **Consiliul etic.**

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Consiliului etic se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 11 la prezentul Regulament.

**Art. 67 .** – Pentru implementarea prevederilor din Anexa nr. 1, Capitolul I, punctul 3 și Capitolul II punctul 1 la *O.M.S. nr. 1101 din 07.10.2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale*, la nivelul Spitalului este constituită și funcționează **Comisia medicamentului**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei medicamentului se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 12 la prezentul Regulament.

**Art. 68 .** – Pentru implementarea prevederilor art. 50 alin. (5) din *Ordinul nr. 444/2019 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea unităților farmaceutice*, la nivelul Spitalului este constituită și funcționează **Comisia de farmacovigilență**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de farmacovigilență se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 13 la prezentul Regulament.

**Art. 69 .** – Pentru implementarea prevederilor art. 251 alin. (11) din *Legea nr. 53/2003 pentru aprobarea Codului muncii, cu modificările și completările ulterioare*, la nivelul Spitalului se constituie și funcționează **Comisia de cercetare disciplinară**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de disciplină se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 14 la prezentul Regulament.

**Art. 70 .** – Pentru implementarea prevederilor din Anexa nr. 1, Capitolul I, punctul 3 și Capitolul II punctul 1 la *O.M.S. nr. 1101 din 07.10.2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale*, la nivelul Spitalului este constituit și funcționează **Comitetul de sănătate și securitate în muncă**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comitetului de sănătate și securitate în muncă se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 15 la prezentul Regulament.

**Art. 71 .** – Pentru implementarea prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare* și ale *OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public*, la nivelul Spitalului este constituită și funcționează **Comisia de analiză a decesului**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de analiză a decesului se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 16 la prezentul Regulament.

**Art. 72 .** – Pentru implementarea prevederilor *Ordinului C.N.A.S. nr. 516/2023 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi, precum si a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale, cu modificările și completările ulterioare*, la nivelul Spitalului este constituită și funcționează **Comisia de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 17 la prezentul Regulament.

**Art. 73 .** – Pentru implementarea prevederilor art. 41 alin. (2) din *Legea nr. 477/2003 privind pregătirea economiei naționale si a teritoriului pentru aparare, cu modificările și completările ulterioare*, art. 60 – 62 din *H.G. 370/2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 477/2003 privind pregătirea economiei naționale și a teritoriului pentru apărare, cu modificările și completările ulterioare*, *H.G. nr. 1204/2007 privind asigurarea forței de munca necesare pe timpul stării de asediu, la mobilizare si pe timpul stării de război, cu modificările și completările ulterioare*, precum și ale *H.G. 219/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 132/1997 privind rechizițiile de bunuri si prestarile de servicii in interes public*, la nivelul Spitalului este constituită și funcționează **Comisia de apărare**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Comisiei de apărare se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 18 la prezentul Regulament.

**Art. 74 .** – Pentru asigurarea unor servicii medicale de calitate și în condiții de siguranță pentru pacienți, la nivelul Spitalului este constituit și funcționează **Grupul de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital**.

(2) Componenta, modul de organizare și regulile de funcționare, precum și detalierea atribuțiilor Grupului de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital se regăsesc înscrise Regulamentul de organizare și funcționare prevăzut în Anexa nr. 19 la prezentul Regulament.

**Art. 75 .** – (1) Dacă hotărârile / deciziile înscrise în procesele-verbale ale unor diferite comitete/consilii/comisii/grupuri de lucru (de exemplu: Consiliul de administrație, Comitetul director, Consiliul medical, Comisia de monitorizare, Consiliul etic, Comitetul de sănătate și securitate în muncă, Comisia de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților etc.), se referă la probleme de interes general pentru personalul Spitalului, acestea pot fi postate de către secretarii acestora pe serverul / site-ul spitalului, spre luarea la cunoștință a personalului, în baza deciziei înscrise în respectivul proces-verbal, în măsura în care acestea nu conțin date cu caracter personal.

(2) Implementarea prevederilor de la alin. (1) are drept scop:

a) armonizarea relațiilor de cooperare dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social;

b) asigurarea disponibilității și accesului fiecărui angajat la reglementările interne aprobate la nivelul spitalului;

c) asigurarea accesului în timp real a personalului spitalului la datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților.

## **Cap. VI - FINANȚAREA SPITALULUI**

**Art. 76 .** – (1) Spitalul este finanțat, conform prevederilor legale incidente în vigoare, integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii.

(2) Prin autonomie financiară se înțelege:

a) organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli, pe total unitate, precum și pe fiecare secție sau compartiment, astfel încât cheltuielile necesare pentru realizarea serviciilor medicale să fie acoperite din veniturile realizate;

b) evaluarea corectă a veniturilor proprii, fundamentarea cheltuielilor pe baza propunerilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, în raport cu obiectivele programate, și elaborarea bugetului de venituri și cheltuieli potrivit Clasificației indicatorilor privind finanțele publice, aprobată prin Ordinul ministrului finanțelor publice nr. 1.954/2005;

c) aprobarea bugetului propriu de venituri și cheltuieli, la propunerea managerului spitalului, de către Consiliul Local Jibou;

d) repartizarea bugetului de venituri și cheltuieli aprobat pe secțiile și compartimentele din structura spitalului;

e) modificarea bugetului de venituri și cheltuieli de către structurile care l-au aprobat;

f) executarea bugetului de venituri și cheltuieli printr-o bună gestiune economico-financiară, realizarea serviciilor medicale contractate, precum și a celorlalte prestații și activități ale spitalului, în condiții de echilibru financiar între venituri și cheltuieli.

(3) Spitalul are obligația de a asigura realizarea veniturilor și de a fundamenta cheltuielile în raport cu acțiunile și obiectivele din anul bugetar pe titluri, articole și aliniate, conform clasificărilor financiare.

(4) Finanțarea se asigură din venituri realizate în raport cu serviciile medicale furnizate pe baza contractului încheiat cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sălaj, venituri de la bugetul de stat, bugetele locale, donații, sponsorizări, precum și din venituri obținute de la persoane fizice și juridice în condițiile legii.

(5) Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului cu casa de asigurări sociale de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și se negociază de către manager cu conducerea Casei de asigurări sociale de sănătate, în funcție de indicatorii stabiliți în contractul-cadru de furnizare de servicii medicale.

a) De la bugetul de stat se asigură desfășurarea activităților cuprinse în programele naționale de sănătate;

b) dotarea cu echipamente medicale de înaltă performanță, în condițiile legii

c) investiții legate de construirea de noi spitale, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuție;

d) modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente, precum și efectuarea de reparații capitale;

(6) Bugetul local participă la participă la finanțarea unor cheltuieli de întreținere și gospodărire, reparații, consolidare, extindere, modernizare și finalizare a construcțiilor spitalului, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

(7) Spitalul poate realiza venituri suplimentare din:

a) donații și sponsorizări;

b) legate;

c) asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică

d) închirierea temporară a unor spații medicale, dotări cu echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale;

e) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici;

- f) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea pacienților ori a angajatorilor;
  - g) servicii la cerere în ambulatoriu-anexa
  - h) servicii paraclinice la cerere:-analize medicale-anexa
  - i) investigații radiologice și imagistice-anexa
  - j) servicii care nu sunt urgente medico-chirurgicale, dar sunt solicitate la cerere la camera de gardă
  - k) servicii de asistență medicală la domiciliu, furnizate la cererea pacienților;
  - l) coplata pentru unele servicii medicale
- (8) Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului se elaborează pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, în conformitate cu normele metodologice aprobate prin Ordin al Ministrului Sănătății.
- (9) Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului se aprobă de către Consiliul Local Jibou.

## **Cap. VII – DISPOZIȚII FINALE**

**Art. 77 .** (1) – Prevederile prezentului regulament se completează cu dispozițiile regulamentului intern și cu orice alte dispoziții legale care privesc activitățile unităților sanitare și ale personalului din aceste unități.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul Spitalului a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de structuri funcționale din organigrama Spitalului, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către Comisia de monitorizare sau alte structuri funcționale, după caz, vor fi aduse la cunoștință, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) Fiecare salariat trebuie să cunoască misiunea și viziunea unității, obiectivele generale și specifice ale acesteia și ale compartimentului din care face parte, rolul său în cadrul compartimentului, stabilit prin fișa postului, precum și atribuțiile postului pe care îl ocupă.

(4) Conducătorii compartimentelor din organigrama Spitalului au obligația de a întocmi și de a actualiza, ori de câte ori este cazul, fișele posturilor pentru personalul din subordine.

(5) Sarcinile/Atribuțiile postului trebuie să fie clar formulate și strâns relaționate cu obiectivele specifice și atribuțiile compartimentului.

**Art. 78 .** (1) – Prezentul Regulament va fi adus la cunoștința întregului personal din cadrul Spitalului, pe baza de semnătură, după aprobarea acestuia de către Consiliul Local Jibou, în calitate de autoritate tutelară.

(2) Orice modificare și/sau completare a prezentului Regulament se aprobă de către Consiliul Local Jibou și face obiectul aducerii la cunoștință întregului personal din cadrul Spitalului, pe baza de semnătură.

(3) Șefii structurilor din compunerea Spitalului dispun măsuri pentru studierea, cunoașterea și aplicarea prevederilor prezentului Regulament de către personalul din subordine, având obligația să informeze noii angajați cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile documentate și protocoalele medicale utilizate în desfășurarea activității lor<sup>7</sup>.

(4) Toate categoriile de personal din cadrul Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța" au obligația cunoașterii și respectării atribuțiilor stabilite prin prezentul regulament de organizare și funcționare.

(5) Nerespectarea dispozițiilor prezentului Regulament, atrage răspunderea disciplinară, materială, contravențională, penală, după caz.

**Art. 79 .** - Anexele nr. 1 la 18 fac parte integrantă din prezentul Regulament.

-Pagină albă-

# ANEXE

Anexa nr. 1  
(Art. 16 la Regulament)

## Glosar de termeni

În întregul text al prezentului Regulament, următorii termeni au următoarele înțelesuri:

*Abatere* - încălcarea unei dispoziții cu caracter administrativ sau disciplinar

*Activitate* - totalitatea atribuțiilor de o anumită natură care determină procese de muncă cu un grad de omogenitate și similaritate ridicat.

*Activitate principală* - Activitatea principală este identificată prin metoda ordinii descrescătoare (de sus în jos), ca fiind acea activitate care contribuie în cea mai mare măsură la valoarea adăugată totală a unității luate în considerare. Activitatea principală astfel identificată nu reprezintă, în mod necesar, 50% sau mai mult din valoarea adăugată totală a unității<sup>8</sup>.

*Activitate secundară* - O activitate secundară este oricare altă activitate a unității, activitate care produce bunuri sau servicii<sup>9</sup>.

*Activități auxiliare* - Activitățile principale și secundare sunt efectuate, în general, cu ajutorul unui număr de activități auxiliare, cum sunt: contabilitatea, transportul, depozitarea, achiziționarea, condiționarea, promovarea, repararea și întreținerea etc. Astfel, activitățile auxiliare sunt acelea care există doar pentru a sprijini activitățile productive principale și secundare ale unei unități. Activitățile auxiliare asigură bunuri și servicii consumabile pentru uzul acelei unități<sup>10</sup>.

*Apărarea împotriva incendiilor* – ansamblul integrat de activități specifice, măsuri și sarcini organizatorice, tehnice, operative, cu caracter umanitar și de informare publică, planificate, organizate și realizate potrivit legii, în scopul prevenirii și reducerii riscurilor de producere a incendiilor și asigurării intervenției operative pentru limitarea și stingerea incendiilor, în vederea evacuării, salvării și protecției persoanelor periclitate, protejării bunurilor și mediului împotriva efectelor situațiilor de urgență determinate de incendii.

*Atribuție* - un ansamblu de sarcini de același tip, necesare pentru realizarea unei anumite activități sau unei părți a acesteia, care se execută periodic sau continuu și care implică cunoștințe specializate pentru realizarea unui obiectiv specific.

*Autoritate ierarhică* – drept acordat unei persoane sau unui colectiv de a lua decizii, de a da dispoziții de acțiune și de a controla îndeplinirea lor. Autoritatea ierarhică este acordată de forurile ierarhice superioare, este temporară și revocabilă de către forurile care au acordat-o, constituind principalul instrument folosit de către un organ de conducere în îndeplinirea atribuțiilor sale. Autoritatea ierarhică poate fi individuală, când este asociată posturilor din conducere, și colectivă, când este circumscrisă organelor de conducere colectivă, caz în care se ridică probleme complexe de armonizare a responsabilităților colective cu cele individuale.

*Buget* – document prin care sunt prevăzute și aprobate în fiecare an veniturile și cheltuielile sau, după caz, numai cheltuielile, în funcție de sistemul de finanțare a instituțiilor publice.

*Conducerea unității/spitalului* – Managerul Spitalului sau orice alte persoane cu funcții de conducere pe care acesta l-a delegat/mandatat în acest scop.

*Control* – atribuție a conducerii, constând în verificarea unei activități, a unui ansamblu de activități, a unei situații, a unei tematici date sau a modului de funcționare a unui sistem, privind respectarea legalității, analizarea concordanței dintre activitățile planificate și cele executate și stabilirea măsurilor în vederea înlăturării disfuncțiilor.

---

<sup>8</sup> Bază: Ordinul Presedintelui Institutului National de Statistica nr. 377/2024 privind actualizarea Clasificarii activitatilor din economia nationala – CAEN

<sup>9</sup> Bază: Ordinul Presedintelui Institutului National de Statistica nr. 377/2024 privind actualizarea Clasificarii activitatilor din economia nationala – CAEN

<sup>10</sup> Bază: Ordinul Presedintelui Institutului National de Statistica nr. 377/2024 privind actualizarea Clasificarii activitatilor din economia nationala – CAEN

*Control intern/managerial* – ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entităților publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic și eficient; include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele și procedurile.

*Control financiar preventiv* – activitate prin care se verifică legalitatea și regularitatea operațiunilor efectuate pe seama fondurilor publice sau a patrimoniului public, înainte de aprobarea acestora.

*Corespondență* – schimb (regulat) de documente/ informații între două sau mai multe persoane; totalitatea documentelor (se pot asimila aici adrese, solicitări, petiții etc.) schimbate între două sau mai multe persoane/structuri.

*Credit bugetar* – suma aprobată prin buget, reprezentând limita maximă până la care se pot ordona și efectua plăți în cursul anului bugetar pentru angajamentele contractate în cursul exercițiului bugetar și/sau din exerciții anterioare pentru acțiuni multianuale, respectiv se pot angaja, ordona și efectua plăți din buget pentru celelalte acțiuni.

*Delegare* - procesul de atribuire de către manager, pe o perioadă limitată, a unora dintre sarcinile sale unui subordonat, împreună cu competențele și responsabilitățile aferente.

*Diagramă de relații* – reprezentare grafică a principalelor relații pe care un compartiment, o structură, o instituție le are în procesul desfășurării activității sale cu alte structuri. Gradul de detaliere a diagramei de relații poate varia de la simpla evidențiere a principalelor relații, până la descrierea conținutului acestora, a informațiilor și documentelor vehiculate în cadrul lor etc. Diagrama de relații este utilizată în elaborarea și redactarea Regulamentului de organizare și funcționare a unei instituții pentru ilustrarea principalelor relații pe care le are fiecare structură organizatorică în ansamblul instituției respective în scopul îndeplinirii atribuțiilor ce îi revin.

*Decizie managerială* – procesul de alegere conștientă și rațională a unei opțiuni din mai multe variante posibile, realizat de un manager în scopul atingerii obiectivelor organizației. Poate conduce la măsuri concrete, cum ar fi emiterea unei dispoziții, implementarea unei politici sau reorganizarea activităților (*Decizia este procesul de alegere*).

*Dispoziție managerială* – o hotărâre sau ordin emis de manager, în formă scrisă sau verbală, prin care se stabilește, organizează sau reglementează o acțiune, comportament sau activitate în cadrul unei structuri organizaționale. Dispoziția are caracter obligatoriu și reflectă exercitarea autorității ierarhice (*Dispoziția este forma concretă de punere în aplicare a deciziei*).

*Eficacitate* – gradul de îndeplinire a obiectivelor generale/specifice asumate de către o structură abilitată.

*Eficiența activității* – reprezintă raportul dintre eficacitatea și resursele utilizate pentru executarea unei activități.

*Evaluaire* – activitate de stabilire, determinare, apreciere, estimare a unei stări, situații, fapte.

*Eveniment* – 1. Întâmplare importantă, fapt de mare însemnătate. 2. Schimbare de situație cu impact asupra unui public-țintă, ce poate face obiectul unei acțiuni de relații publice. 3. Ceea ce decid jurnaliștii că este o știre.

*Execuție bugetară* – activitatea de încasare a veniturilor bugetare și de efectuare a plății cheltuielilor aprobate prin buget.

*Fonduri publice* – sumele alocate din bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele fondurilor speciale, bugetul trezoreriei statului, bugetele instituțiilor publice autonome, bugetele instituțiilor publice finanțate integral sau parțial din bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat și bugetele fondurilor speciale, după caz, bugetele instituțiilor publice finanțate integral din venituri proprii, bugetul fondurilor provenite din credite externe contractate sau garantate de stat și ale căror rambursare, dobânzi și alte costuri se asigură din fonduri publice, bugetul fondurilor externe nerambursabile, credite externe contractate sau garantate de autoritățile administrației publice locale, împrumuturi interne contractate de autoritățile administrației publice locale, precum și din bugetele instituțiilor publice finanțate integral sau parțial din bugetele locale.

*Gestionarea documentelor* – procesul de administrare a documentelor unei organizații, pentru a servi intereselor acesteia, pe parcursul întregii lor durate de viață, de la început, prin

procesul de creare, revizuire, organizare, stocare, utilizare, partajare, identificare, arhivare și până la distrugerea acestora.

*Legalitate* – caracteristica unei operațiuni de a respecta toate prevederile legale care îi sunt aplicabile, în vigoare la data efectuării acesteia.

*Patrimoniu public* – totalitatea drepturilor și obligațiilor statului, unităților administrativ-teritoriale sau ale entităților publice ale acestora, dobândite sau asumate cu orice titlu. Drepturile și obligațiile statului și ale unităților administrativ-teritoriale se referă atât la bunurile din domeniul public, cât și la cele din domeniul privat al statului și al unităților administrativ-teritoriale.

*Personalul* – Personalul de conducere și personalul de execuție, de toate categoriile, împreună.

*Petiție* – cererea, reclamația, sesizarea sau propunerea formulată în scris sau prin e-mail, pe care un cetățean ori o organizație legal constituită o poate adresa organelor abilitate.

*Procedură* – **1.** Maniera specifică de efectuare a unei activități sau a unui proces. **2.** Pașii succesivi și coerenți ce trebuie urmați în exercitarea competenței, efectuarea sarcinii și angajarea responsabilității.

*Procedurile de sistem/operationale* – un set de instrucțiuni care stabilesc cursurile de acțiune, cuprind activitățile subsumate îndeplinirii atribuțiilor, responsabilităților și domeniului de responsabilitate, și reflectă totalitatea activităților ce asigură funcționalitatea structurii la parametrii proiectați și la nivelul cerințelor menționate în reglementările în vigoare

„Regulament” – Regulament de organizare și funcționare.

*Relații publice* – reprezintă funcția managerială distinctă care ajută la stabilirea și menținerea unor limite reciproce de comunicare, la acceptarea reciprocă și la cooperarea dintre instituția militară și publicul ei, în domeniile informare publică, informare internă, relațiile cu comunitatea, precum și acțiuni în sprijinul diplomației publice.

*Relații cu publicul* – activitate specifică de asigurare a interfeței comenzii spitalului cu cetățenii sau cu organizațiile legal constituite, cu privire la activitățile de soluționare a petițiilor și de primire în audiență/ieșire la raport.

*Securitate și sănătate în muncă* – 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 a altor persoane participante la procesul de muncă.

„Spitalul” – Spitalul Orășenesc Jibou ”Dr. Traian Herța”, denumit în conținutul prezentului Regulament și prin sintagma “Angajatorul”.

*Structura organizatorică* - configurația internă a Spitalului formată din persoane, subdiviziuni organizatorice și relații, astfel determinate încât să asigure premisele organizatorice adecvate realizării obiectivelor managementului public (*organigrama Spitalului*)

**Obligațiile pacienților internați în cadrul Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța"**  
*Conform deciziei Consiliului medical din data de 26.09.2025*

- Înainte de a beneficia de servicii de sănătate, în calitate de asigurat trebuie să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atesta această calitate.
- Să respecte programul și intervalele orare ale activităților medicale în care este implicat.
- Să respecte programul de odihnă, servire a mesei și primire de vizitatori al unității sau cel instituit în situații de risc epidemiologic.
- Să respecte recomandările medicului curant referitoare la tratament și regimul igienodietetic.
- Să informeze medicul și/ sau personalul medico – sanitar cu privire la medicamentele pe care utilizează și inclusiv pe care le are asupra sa.
- Sa nu utilizeze medicamente fara indicatia medicului curant.
- Să informeze medicul și/ sau personalul medico – sanitar cu privire la istoricul medical propriu și/ sau condiții fiziologice (menstruație, lăuzie etc).
- Să informeze medicul cu privire la consumul și/ sau expunerea la toxice: alcool, tutun, droguri, noxe.
- Să informeze medicul cu privire la statutul socioeconomic (particularități care țin de regiune, vârstă, sex, posibilități de întreținere etc).
- Să aibă un comportament cuviincios și să nu aducă jigniri în relațiile cu personalul spitalului și cu ceilalți pacienți.
- Să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, spațiile exterioare spitalului etc.
- Sa folosească cu grija bunurile care îi sunt puse la dispoziție, orice degradare fiind supusă regulilor de drept civil.
- Să utilizeze echipamentul obligatoriu cerut de structura cu paturi unde se află internat.
- Să nu părăsească incinta unității sanitare în ținuta de spital.
- Să nu părăsească spitalul pe durata internării, decât în cazurile recomandate de medic (consulturi sau analize la alte unități sanitare etc).
- Să depoziteze la garderoba spitalului sau să predea aparținătorilor efectele și bunurile de valoare.
- Să se prezinte la internare cu articole de igienă proprii (periuță și pastă de dinți, săpun și șampon, deodorant etc).
- Să se îngrijească de igiena sa individuala, iar dacă starea de sănătate nu o permite, să solicite și să accepte sprijinul și ajutorul personalului auxiliar sanitar și/ sau aparținătorilor.
- Să își păstreze în frigider alimentele aduse de familie/ aparținători și să nu depoziteze aceste alimente în noptiere sau pe pervazurile ferestrelor salonului. (dacă există frigidere pentru uzul pacienților).
- Să nu se deplaseze în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);
- Să nu arunce pe geamurile salonului nici un obiect (aliment, gunoi, etc).
- Sa colecteze selectiv deseurile menajere: hârtie, plastic, sticlă – în recipiente puse la dispoziție de către unitate.
- Să nu dețină și să nu consume droguri, substanțe interzise de legile în vigoare, băuturi alcoolice și să nu organizeze și să nu participe la jocuri de noroc.

- Să nu introducă în incinta spitalului arme, muniții sau alte instrumente care, prin acțiunea lor, pot afecta integritatea fizică și psihică a pacienților, aparținătorilor și a personalului unității.
- Să nu posede și să nu difuzeze materiale cu caracter obscen sau pornografic în incinta spitalului.
- Să nu fumeze în incinta spitalului.
- Să semnaleze asistentei șefă sau medicului șef de secție orice deficiență constată pe linia apărării împotriva incendiilor sau pe linia securității și sănătății în muncă (orice accident, incident).
- Potrivit prevederilor art. 27 din *Legea nr. 3/ 2021 privind prevenirea, diagnosticarea si tratamentul infectiilor asociate asistentei medicale din unitatile sanitare si din institutiile medico-sociale si de ingrijiri paliative din Romania*, cu modificările și completările ulterioare, pacientul diagnosticat cu infecție asociată asistenței medicale (IAAM) are următoarele obligații:
  - "a) sa respecte recomandarile privind masurile de prevenire a transmiterii de germeni catre alti pacienti din unitatea sanitara/institutia medico-sociala si de ingrijiri paliative;"
  - b) sa respecte cu strictete indicatiile terapeutice medicale pe perioada tratamentului."
- Potrivit prevederilor art. 30 alin (2) din *Legea nr. 3/ 2021 privind prevenirea, diagnosticarea si tratamentul infectiilor asociate asistentei medicale din unitatile sanitare si din institutiile medico-sociale si de ingrijiri paliative din Romania*, cu modificările și completările ulterioare, pacienții au obligația să respecte regulile de prevenire a IAAM din cadrul spitalului.

**Drepturile și obligațiile aparținătorilor/ vizitatorilor pacienților internați în cadrul  
Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța"**  
*Conform deciziei Consiliului medical din data de 26.09.2025*

**A. Drepturile aparținătorilor/ vizitatorilor**

1. Aparținătorii/ vizitatorii au dreptul de a vizita pacienții conform programului de vizite afișat în spital, specific fiecărei structuri medicale sau cel instituit în situații de risc epidemiologic.
2. În secțiile/compartimentele fără risc epidemiologic limitarea accesului vizitatorilor în spital: 1 vizitator/ pacient, timp de maxim 15 minute:
  - 1 vizitator/ pacient în saloanele cu un număr de cel mult 3 paturi, pacienții putând fi vizitați doar pe rând
  - 1 vizitator/ pacient în saloanele cu un număr de 4-6 paturi, putând fi vizitați maximum doi pacienți în același timp.
  - 1 vizitator/ pacient în saloanele cu un număr mai mare de 6 paturi, putând fi vizitați maximum trei pacienți în același timp.
3. În cazul pacienților în stare terminală, aparținătorii au dreptul de a vizita pacientul zilnic, indiferent de oră. În măsura în care condițiile din secție/ compartiment permit acest lucru, se poate asigura prezența permanentă lângă pacient a unui aparținător, cu acordul medicului curant. În măsura în care condițiile din secție/ compartiment nu permit accesul permanent, se va asigura accesul într-un spațiu de așteptare, în apropierea secției/ compartimentului.
4. În situația suspendării programului de vizită aparținătorii desemnați de către pacient au dreptul de a fi informați telefonic, zilnic prin medicul curant/ medicul de gardă/ personalul desemnat, despre starea și evoluția pacientului, cu respectarea drepturilor pacientului.
5. Pentru pacienții internați pe oricare dintre structurile cu paturi ale spitalului, la solicitare, cu respectarea drepturilor pacientului, aparținătorii pot discuta direct cu medicul curant în timpul programului zilnic de lucru al acestuia, în baza unui orar stabilit de medicul șef/ coordonator de secție/ compartiment, aprobat de directorul medical și afișat la loc vizibil la intrarea în spital.
6. Pentru pacienții cu următoarele boli și afecțiuni alergice: astm bronșic, rinită alergică, alergie alimentară, rinoconjunctivită alergică, dermatită alergică, anafilaxie, aparținătorii au dreptul să aducă în incinta spitalului propria hrană specifică acestor pacienți, în condițiile în care unitatea sanitară nu asigură toate mesele la care au dreptul pe perioada spitalizării și care trebuie să nu conțină ingredientele interzis a fi consumate, potrivit fișei cu alimente alergene a fiecărui pacient.
7. Aparținătorul pacientului decedat, pe baza certificatului de calitate de moștenitor, în situația în care pacientul s-a aflat în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul cu privire la informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale, are dreptul de a solicita accesul la acestea.

**B. Obligațiile aparținătorilor/ vizitatorilor**

1. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta programul de vizită al pacienților internați în structurile cu paturi, care este de luni până vineri, între orele 15.00 și 19.00 (o durată de 4 ore), precum și sâmbăta și duminica, între orele 10.00 și 17.00 (o durată de 6 ore).

2. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta măsurile de modificare și/ sau suspendare a programului de vizită.
3. La intrarea în spital aparținătorii au obligația de a prezenta personalului de pază actul de identitate pentru a fi trecut în registru de vizitatori.
4. Cu această ocazie este interzisă perceperea de taxe pentru vizitarea pacienților.
5. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a purta echipament de protecție, adaptat în funcție de gradul de risc al secției și asigurat în mod gratuit de către unitatea sanitară.
6. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta instrucțiunile personalului secției/ compartimentului privind măsurile interne de prevenire a transmiterii infecțiilor.
7. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta interdicția de acces în secții/ compartimente dacă prezintă semne clinice de infecții acute, aflați în stare de ebrietate sau aflați sub influența unor substanțe halucinogene.
8. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta interdicția ca pe perioada vizitei să filmeze sau să fotografieze pacientul fără acordul expres al acestuia.
9. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a respecta interdicția de introducere în spital de băuturi alcoolice, droguri, arme, muniții sau alte instrumente care, prin acțiunea lor, pot afecta integritatea fizică și psihică a pacienților, aparținătorilor și a personalului unității sanitare.
10. Pe timpul vizitei în spital este interzisă folosirea telefonului mobil cu camera foto, aparat de fotografiat sau alte aparate de înregistrare și filmare.
11. Este interzis accesul în spital a persoanelor aflate în stare de ebrietate.
12. Copiii care își vizitează rudele în spital trebuie să fie însoțiți și supravegheați pe timpul vizitei de către un adult.
13. Aparținătorii/ vizitatorii au obligația de a avea un comportament cuviincios în relațiile cu personalul spitalului și cu ceilalți pacienți și aparținători.
14. Aparținătorii au obligația să respecte și să păstreze starea de curățenie în salon, coridoare, grupuri sanitare, etc.
15. Este interzisă deplasarea în interiorul spitalului în zonele cu acces restricționat (acces limitat, acces interzis);
16. Fumatul în incinta spitalului este strict interzis.
17. Potrivit prevederilor art. 30 alin (2) din *Legea nr. 3/ 2021 privind prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistentei medicale din unitățile sanitare și din instituțiile medico-sociale și de îngrijiri paliative din România*, cu modificările și completările ulterioare, aparținătorii au obligația să respecte regulile de prevenire a IAAM din cadrul spitalului.
- 18. Dacă sunteți răcit, aveți gripă, COVID - 19 sau nu vă simțiți bine, este indicat să nu faceți vizite în spital!**

## Regulament de organizare și funcționare al Comitetului director

### A. Componenta Comitetului director

Prin aplicarea prevederilor art. 181 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul spitalului funcționează un Comitet director, din care face parte personalul încadrat / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- Manager – membru al Comitetului director, cu drept de vot
- Director medical – membru al Comitetului director, cu drept de vot
- Director financiar-contabil – membru al Comitetului director, cu drept de vot
- Asistent sef spital - membru al Comitetului director, cu drept de vot

Comitetul director are un secretar, fara drept de vot, desemnat prin dispozitia managerului.

La ședințele Comitetului director pot participa în calitate **de invitați fără drept de vot**, în raport cu problematica discutată în cadrul fiecărei ședințe a Comitetului director, următorii:

- Prin aplicarea prevederilor art. 6 alin. (4) din *Ordinul comun al M.S./ANMCS nr. 1312/250/2020 privind organizarea si functionarea structurii de management al calitatii serviciilor de sanatate in cadrul unitatilor sanitare cu paturi si serviciilor de ambulanta, in procesul de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului*, **responsabilul cu managementul calității participă permanent, fără drept de vot**, la sedintele comitetului director pentru a prezenta aspectele relevante ale procesului de imbunatatire a calitatii din intreaga unitate sanitara si a consilia conducerea spitalului cu privire la impactul deciziilor luate asupra managementului calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului.
- Prin aplicarea prevederilor art. 221 - 226 din Legea nr. 53/2003 – Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare, **reprezentantul salariaților** participă ca invitat permanent la ședințele Comitetului director, fără drept de vot, pentru a asigura că în deciziile luate sunt respectate drepturile salariaților.

În lipsa, pe perioadă determinată, a personalului titular care încadrează funcțiile de mai sus, la ședințele Comitetului director vor participa înlocuitorii legali desemnați.

În lipsa, pe perioadă determinată, a personalului titular care încadrează funcțiile de mai sus, la ședințele Comitetului director vor participa înlocuitorii legali.

Prin aplicarea prevederilor art. 183 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, pe perioada suspendării ori la încetarea contractului de management și, respectiv, contractului de administrare autoritatea tutelară numește un manager interimar, respectiv membrul comitetului director interimar, aceștia având obligația de a participa la ședințele Comitetului director.

### B. Comitetul director își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:

- a) Modul de organizare și de lucru ale Comitetul director se află în responsabilitatea managerului și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.
- b) Comitetul director se întrunește, de regulă, lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi ori a managerului spitalului și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi cu drept de vot, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți. De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Comitetului

director, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, prin grija secretarului Comitetului director, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora.

c) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a Comitetului director, secretarul Comitetului director va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

c) Lucrările Comitetul director sunt conduse de către manager.

d) Comitetul director este legal întrunit dacă sunt prezenți două treimi din numărul membrilor săi cu drept de vot ai acestuia sau înlocuitorii legali ai acestora. Prezența la ședință a membrilor Comitetul director este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comitetul director nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal. În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Comitetului director, membrii titulari / înlocuitorii legali pot participa la ședințe în on-line, în condițiile în care aceștia nu se află la program.

e) Dezbaterele Comitetului director se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii titulari/ înlocuitorii legali sau invitații acestuia prezenți la ședință.

f) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comitetului director sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul Comitetului director, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Comitetul director să nu fie înălăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comitetului director sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul Comitetului director, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

g) În exercitarea atribuțiilor sale Comitetul director decide cu privire la subiectele puse în discuție, și stabilește persoana/persoanele responsabile cu implementarea. Luarea la cunoștință a deciziei/rezoluției Comitetului director de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe un extras din procesul verbal de ședință alături (după caz) de documentele transmise prin grija secretarului Comitetului director.

h) În situația în care secretarul Comitetului director, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștință unui responsabil nominalizat pentru implementarea sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile luate de Comitetul director, acesta are obligația de a aduce, în scris acest lucru, la cunoștința managerului spitalului.

**C. Comitetul director are, în principal, atribuțiile** prevăzute de următoarele acte normative incidente în vigoare:

a. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b. Art. 1 din O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public:

1. elaborează planul de dezvoltare al spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor scrise ale consiliului medical;

2. elaborează, pe baza propunerilor consiliului medical, planul anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;

3. propune managerului, în vederea aprobării:

a) numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;

b) organizarea concursurilor pentru posturile vacante, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;

4. elaborează regulamentul de organizare și funcționare, regulamentul intern și organigrama spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;

5. propune spre aprobare managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de cazare, igienă și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor nosocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;

6. elaborează proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către compartimentul economico-financiar a propunerilor fundamentate ale

conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării managerului;

7. urmărește realizarea indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, asigurând sprijin șefilor de secții și compartimente pentru încadrarea în bugetul alocat;

8. analizează propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare managerului;

9. asigură monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului, conform metodologiei stabilite;

10. analizează, la propunerea consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;

11. elaborează planul de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezaastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză;

12. la propunerea consiliului medical, întocmește, fundamentează și prezintă spre aprobare managerului planul anual de achiziții publice, lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii, și răspunde de realizarea acestora;

13. analizează, trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;

14. întocmește informări lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le analizează cu consiliul medical și le prezintă autorității de sănătate publică județene sau a municipiului București, precum și Ministerului Sănătății Publice, respectiv ministerelor cu rețea sanitară proprie, la solicitarea acestora;

15. negociază, prin manager, directorul medical și directorul financiar-contabil, contractele de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;

16. se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi ori a managerului spitalului public, și ia decizii în prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, cu majoritatea absolută a membrilor prezenți;

17. face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirii spitalului;

18. negociază cu șeful de secție/laborator și propune spre aprobare managerului indicatorii specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului, care vor fi prevăzuți ca anexă la contractul de administrare al secției/laboratorului;

19. răspunde în fața managerului pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin;

20. analizează activitatea membrilor săi pe baza rapoartelor de evaluare și elaborează raportul anual de activitate al spitalului.

c. Pct. 1 din cap II al OMS 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare:

Atribuțiile Comitetului director al unității sanitare

1. organizează Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și elaborează regulamentul de funcționare al acestuia;

2. se asigură de organizarea și funcționarea serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și/sau realizarea contractelor de furnizare de prestări servicii specifice;

3. aprobă planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

4. asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

5. efectuează analiza anuală a îndeplinirii obiectivelor planului de activitate;

6. verifică și aprobă alocarea bugetului aferent derulării activităților din planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;

7. se asigură de îmbunătățirea continuă a condițiilor de desfășurare a activităților de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscurilor;

8. se asigură de derularea legală a achizițiilor și aprovizionarea tehnico-materială, prevăzute în planul de activitate sau impuse de situația epidemiologică din unitate, în vederea diminuării ori evitării situațiilor de risc sau limitării infecțiilor asociate asistenței medicale;

9. deliberază și decide, la propunerea Colegiului Medicilor din România, în urma sesizării pacienților sau în urma autosesizării în privința responsabilității instituționale ori individuale a personalului angajat/contractat, pentru fapte sau situații care au dus la lezarea drepturilor ori au prejudiciat starea de sănătate a asistaților prin infecții asociate asistenței medicale;

10. asigură dotarea necesară organizării și funcționării sistemului informațional pentru înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor privind infecțiile asociate asistenței medicale în registrul de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale al unității;

11. asigură condițiile de îngrijire la pacienții cu infecții/colonizări cu germeni multiplerezistenți.

d). Comitetul director mai are următoarele atribuții:

1. Asigură întocmirea documentației necesare sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare pentru care sunt responsabili.

b) Aprobă trimestrial sporul concret pentru gardile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară pentru asigurarea continuității asistentei medicale în afara normei legale de munca și a programului de lucru de la funcția de bază în zilele lucrătoare și sporul concret pentru gardile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară pentru asigurarea continuității asistentei medicale în afara normei legale de munca și a programului de lucru de la funcția de bază, în zilele de repaus săptămânal, de sărbători legale și în celelalte zile în care, potrivit dispozițiilor legale, nu se lucrează, după consultarea organizațiilor sindicale reprezentative la nivel de unitate sau a reprezentanților angajaților.

3) Desfășoară în volum complet și la termen, toate activitățile planificate prin *”Planul cu principalele activități ale Comitetului director”* (în măsura în care acesta este elaborat).

4) Oricare alte responsabilități care revin în sarcina Comitetului director, din legislația incidentă în vigoare.

**D.** Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.

**E.** Procesele-verbale de ședință a ale Comitetului director sau deciziile din cadrul acestora, după caz, se postează pe serverul spitalului în directorul „Comisii, Comitete, Consilii”. Acestea se păstrează la nivel de unitate și se arhivează prin grija secretarului Comitetului director.

## **Regulament de organizare și funcționare al Consiliului medical**

### **A. Componenta Consiliului medical**

Prin aplicarea prevederilor art. 186 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul spitalului funcționează un Consiliu medical, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- Director medical – Președinte al Consiliul medical, cu drept de vot
- Șef secție Medicină internă – membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Șef secție Pediatrie – membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Șef secție Pneumologie – membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Coordonator structură Spitalizare de zi - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Coordonator Laborator analize medicale - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Coordonator Laborator Radiologie și imagistică medicală - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Coordonator Cameră de gardă - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Farmacist șef - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Asistent șef pe spital - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Coordonator C.S.P.L.I.A.A.M. - membru al Consiliului medical, cu drept de vot
- Coordonator Ambulatoriu integrat (doar dacă este altul decât directorul medical) - membru al Consiliului medical, cu drept de vot.

Consiliului medical are un secretar, fără drept de vot, desemnat prin dispoziția managerului.

În lipsă, pe perioadă determinată, a personalului titular care încadrează funcțiile de mai sus, la ședințele Consiliului medical vor participa înlocuitorii legali desemnați.

Prin aplicarea prevederilor art. 185 alin. (9) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, pe perioada suspendării ori la încetarea contractului de administrare, managerul spitalului numește prin decizie managerială un șef de secție / laborator sau serviciu medical interimar, aceștia având obligația de a participa la ședințele Consiliului medical.

Managerul poate participa oricând, ca invitat/membru fără drept de vot la ședințele Consiliului medical.

Responsabilul cu managementul calității participă permanent, fără drept de vot, la ședințele Consiliului medical pentru a prezenta aspectele relevante ale procesului de îmbunătățire a calității din întreaga unitate sanitară.

La ședințele Consiliului medical pot participa persoane cu funcții în calitate de invitați fără drept de vot, în raport cu problematica discutată în cadrul fiecărei ședințe a respectivului consiliu.

**B. Consiliul medical își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:**

- a) Modul de organizare și de lucru ale Consiliului medical se află în responsabilitatea președintelui acestuia și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.
- b) Lucrările Consiliului medical sunt conduse de președintele consiliului.
- c) Consiliul medical se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea majorității membrilor săi ori a directorului medical.
- d) Consiliul medical este legal întrunit dacă sunt prezenți cel puțin două treimi din membrii cu drept de vot ai acestuia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot, prezenți la ședință.
- e) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Consiliului medical, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora, prin grija secretarului Consiliului medical.
- f) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a Consiliului medical, secretarul acestuia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.
- g) Prezența la ședință a membrilor Consiliul medical este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Consiliului medical nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectiva). În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Consiliului medical, membrii titulari/ înlocuitorii legali sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line, în condițiile în care aceștia nu se află la program.
- h) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui Consiliului medical, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați în acest sens, de regulă, verbal, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea ședinței respective.
- i) Dezbaterile Consiliului medical se consemnează într-un proces verbal al ședinței, care se va înregistra și care va fi semnat de toți membrii titulari/ delegați / împuterniciți / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință
- j) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Consiliului medical sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acestuia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Consiliul medical să nu fie înlăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Consiliului medical sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul Consiliului medical, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.
- k) Luarea la cunoștință a deciziilor Consiliului medical de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe procesul verbal al Consiliului medical, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv.
- l) În situația în care secretarul Consiliului medical, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștință unui responsabil nominalizat prin decizie a Consiliului medical sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe directorul medical.
- m) Procesele-verbale de ședință a ale Consiliului medical se pastrează la nivel de unitate și se arhivează prin grija secretarului Consiliului medical.
- n) Procesele-verbale de ședință a ale Consiliului medical sau deciziile din cadrul acestora, după caz, se postează pe serverul spitalului în directorul Comisii, Comitete, Consilii . Acestea se păstrează la nivel de unitate și se arhivează prin grija secretarului Consiliului medical.

**C. Consiliul medical are, în principal, atribuțiile** prevăzute de art. 186 alin. (4) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările*

*ulterioare, precum și cele prevăzute de Anexa nr. 1 din O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor.*

1. evaluează necesarul de servicii medicale al populației deservite de spital și face propuneri pentru elaborarea:
  - planului de dezvoltare a spitalului, pe perioada mandatului;
  - planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
  - planului anual de achiziții publice, cu privire la achiziția de aparatură și echipamente medicale, medicamente și materiale sanitare;
2. face propuneri comitetului director în vederea elaborării bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului;
3. participă la elaborarea regulamentului de organizare și funcționare și a regulamentului intern ale spitalului;
4. desfășoară activitate de evaluare și monitorizare a calității și eficienței activităților medicale desfășurate în spital, inclusiv:
  - evaluarea satisfacției pacienților care beneficiază de servicii în cadrul spitalului sau în ambulatoriul acestuia;
  - monitorizarea principalilor indicatori de performanță în activitatea medicală;
  - prevenirea și controlul IAAM.
5. stabilește reguli privind activitatea profesională, protocoalele de practică medicală la nivelul spitalului și răspunde de aplicarea și respectarea acestora;
6. elaborează planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale furnizate de spital, pe care îl supune spre aprobare managerului;
7. înaintează directorului general propuneri cu caracter organizatoric pentru îmbunătățirea activităților medicale desfășurate la nivelul spitalului;
8. evaluează necesarul de personal medical al fiecărei secții/laborator și face propuneri comitetului director pentru elaborarea strategiei de personal a spitalului;
9. evaluează necesarul liniilor de gardă și face propuneri directorului general cu privire la structura și numărul acestora la nivelul spitalului, după caz;
10. participă la stabilirea fișelor posturilor personalului medical angajat;
11. înaintează directorului general propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfecționare continuă a personalului medico-sanitar;
12. face propuneri și monitorizează desfășurarea activităților de educație și cercetare medicală desfășurate la nivelul spitalului, în colaborare cu instituțiile acreditate;
13. reprezintă spitalul în relațiile cu organizații profesionale din țară și din străinătate și facilitează accesul personalului medical la informații medicale de ultimă oră;
14. asigură respectarea normelor de etică profesională și deontologie medicală la nivelul spitalului, colaborând cu Colegiul Medicilor din România;
15. răspunde de acreditarea personalului medical al spitalului și de acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
16. analizează și ia decizii în situația existenței unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită, morți subite etc.);
17. participă, alături de directorul general, la organizarea asistenței medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
18. stabilește coordonatele principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, în vederea unei utilizări judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente;
19. supervizează respectarea prevederilor în vigoare, referitoare la documentația medicală a

pacienților tratați, asigurarea confidențialității datelor medicale, constituirea arhivei spitalului;

20. avizează utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;

21. analizează și soluționează sugestiile, sesizările și reclamațiile pacienților tratați în spital, referitoare la activitatea medicală a spitalului;

22. elaborează raportul anual de activitate medicală a spitalului, în conformitate cu legislația în vigoare.

În plus față de atribuțiile mai sus menționate, Consiliul medical exercită și următoarele atribuții:

a) Asigură întocmirea documentației necesare sau luarea măsurilor administrative, după caz, necesare conformării indicatorilor aferenți listelor de verificare pentru care sunt responsabili.

b) Înaintează propuneri scrise către Comitetul director privind:

- modul de utilizare a fondului de dezvoltare;

- măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor și protocoalelor de practică medicală;

- lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu financiar, în condițiile legii;

c) Analizează împreună cu Comitetul director toate informările lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, care urmează a fi înaintate autorității tutelare, la solicitarea acesteia.

d) Desfășoară în volum complet și la termen, toate activitățile planificate prin *”Planul cu principalele activități ale Consiliului medical”* (în măsura în care acesta este elaborat).

**Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de biocide și materiale sanitare  
necesare prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale**

**1. Componenta C.B.M.S.P.I.A.A.M.**

Prin aplicarea prevederilor:

- *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,*

- *H.G. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide, cu modificările și completările ulterioare,*

- *O.M.S. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, cu modificările și completările ulterioare,*

- *OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public,*

la nivelul spitalului funcționează C.B.M.S.P.I.A.A.M., din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

a) Președinte: coordonator compartiment prevenire și limitare I.A.A.M.

b) Membrii:

- i. Director medical
- ii. Director financiar contabil
- iii. Asistent șef pe spital
- iv. Farmacist șef
- v. Șef birou achiziții și contractări publice
- vi. Consilier juridic

c) Secretar: Asistent medical din cadrul C.S.P.L.I.A.A.M

**2. C.B.M.S.P.I.A.A.M. își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:**

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

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

c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.

d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor cu drept de vot ai acesteia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

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

f) În situația în care președintele Comisiei se află în imposibilitatea de a convoca/ conduce C.B.M.S.P.I.A.A.M. (concediu de odihnă, concediu medical etc.), convocarea și conducerea ședinței se va realiza de către directorul medical;

g) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele C.B.M.S.P.I.A.A.M., precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora.

h) Lucrările C.B.M.S.P.I.A.A.M. sunt conduse de președintele comisiei.

i) Prezența la ședință a membrilor C.B.M.S.P.I.A.A.M. este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al C.B.M.S.P.I.A.A.M. nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectivă).

j) În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale C.B.M.S.P.I.A.A.M., membrii sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.

k) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a C.B.M.S.P.I.A.A.M., secretarul acestuia va înscris numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

l) Dezbaterile C.B.M.S.P.I.A.A.M. se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii titulari / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință.

m) Aducerea la cunoștință responsabililor nominalizați prin decizie a C.B.M.S.P.I.A.A.M. sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acestuia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal și aprobarea acestuia de către managerul spitalului, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de C.B.M.S.P.I.A.A.M. să nu fie înlăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștință responsabililor nominalizați prin decizie a C.B.M.S.P.I.A.A.M. sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

n) Luarea la cunoștință a deciziilor C.B.M.S.P.I.A.A.M. de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe procesul verbal al C.B.M.S.P.I.A.A.M., într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile C.B.M.S.P.I.A.A.M., constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului

o) În situația în care secretarul C.B.M.S.P.I.A.A.M., din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștință unui responsabil nominalizat prin decizie a C.B.M.S.P.I.A.A.M. sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivei comisii.

### **3. C.B.M.S.P.I.A.A.M. are, în principal, următoarele atribuții:**

a) În urma analizei referatelor de necesitate ale secțiilor / compartimentelor / laboratoarelor, stabilește anual și ori de câte ori este nevoie, necesitatea achiziționării de biocide și materiale sanitare necesare pentru prevenirea I.A.A.M. În acest sens, anual, coordonatorul C.S.P.L.I.A.A.M. supune atenției C.B.M.S.P.I.A.A.M., o informare prin care este fundamentată legal nevoia de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii a I.A.A.M., întocmită pe baza referatelor secțiilor / compartimentelor / laboratoarelor. La redactarea acesteia coordonatorul C.S.P.L.I.A.A.M. va ține cont, după caz, de următoarele criterii specifice fiecărei structuri din organigrama spitalului:

#### **a. Criterii operaționale și clinice**

- i. Tipul și complexitatea serviciilor medicale – pentru secții cu risc crescut (ATI, chirurgie, oncologie etc.) sunt necesare măsuri mai riguroase de dezinfecție;
- ii. Structura și capacitatea structurii cu paturi - Numărul de paturi, gradul de ocupare, fluxul de pacienți influențează necesarul zilnic de materiale.
- iii. Profilul epidemiologic al structurii cu paturi - istoricul I.A.A.M., prezența microorganismelor multirezistente, tipuri de infecții apărute.
- iv. Numărul și structura personalului medical - Mai mult personal = mai multe contacte = mai multe echipamente și biocide necesare.
- v. Nivelul de conformare la protocoalele de igienă - Rezultatele auditurilor interne sau ale controalelor DSP justifică necesitatea de măsuri suplimentare.
- vi. Frecvența și tipul intervențiilor de curățenie/dezinfecție - Curățenia zilnică/terminală, dezinfecția în regim special (focare, izolatoare etc.).
- vii. Istoricul de consum al materialelor - Se corelează consumul anterior cu evoluția cazurilor I.A.A.M. și tipul activităților desfășurate.

- viii. Situații excepționale de natură să influențeze consumul de biocide și materiale sanitare - Epidemii (ex: COVID-19), cazuri de Clostridium difficile, focare de I.A.A.M..
- b. Criterii tehnice și de aplicare
  - i. Mărima suprafețelor de dezinfectat - Se calculează necesarul de biocid în funcție de metri pătrați și doza recomandată per m<sup>2</sup>.
  - ii. Tipul suprafețelor - Capacitatea de absorbție a suprafeței (poroasă vs. netedă), textura și micorelieful suprafeței, compatibilitatea chimică cu biocidul, tipul de murdărie sau încărcătura organică, frecvența contactului cu personalul/pacienții
- c. Tipul de biocide utilizate - se aleg în funcție de:
  - i. Spectru de acțiune (bactericid, fungicid, virucid etc.)
  - ii. Timpul de contact
  - iii. Zona de utilizare (piele, suprafețe, instrumentar)
  - iv. Compatibilitate cu materialele și siguranța utilizatorilor
- d. Tipul de materiale sanitare necesare:
  - i. Măști, mănuși, halate, bonete, botoși
  - ii. Consumabile de curățenie (lavete, mopuri, sisteme de dozare)
  - iii. Echipamente pentru aplicare (pulverizatoare, nebulizatoare etc.)
- b) Analizează istoricul consumului de biocide pe anul precedent, pe categorii de produse, în cadrul spitalului, pus la dispoziție de către personalul care gestionează biocidele și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M., corelat cu numărul de internări, cazuri de I.A.A.M. raportate, schimbări în tipurile de proceduri efectuate;
- c) Propune și analizează suma estimativă/existentă (defalcat) în bugetul de venituri și cheltuieli a spitalului, pentru achiziționarea acestora, pusă la dispoziție de către directorul financiar contabil.
- d) Estimarea P.A.A.P.-ului necesar desfășurării activității de prevenire și limitare a I.A.A.M. din spital;
- e) Asigură suportul comisiilor de evaluare tehnică la procedurile de licitații pentru biocide și materialele sanitare;
- f) Categoriile de materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. care fac obiectul analizei C.B.M.S.P.I.A.A.M. se referă în principal la materialele necesare pentru prelevarea testelor bacteriologice de autocontrol – teste de sanitație, de sterilitate, de aeromicrofloră, probe tegumentare, toate celelalte materiale sanitare fiind de competența gestionării unor alte structuri din organigrama spitalului, astfel cum sunt acestea stabilite în ROF-ul spitalului.
- 4. La solicitarea conducerii spitalului, C.B.M.S.P.I.A.A.M. stabilește:**
  - a) Lista de biocide și materiale sanitare de bază (critice), obligatorii a fi asigurate la nivelul fiecărei structuri din organigrama spitalului și a stocului minim acceptat pentru acestea,
  - b) Inventarul de biocide și materiale sanitare necesare prevenirii I.A.A.M. necesar a fi asigurat la nivelul depozitului de calamități organizat de către spital.
- 5. Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii C.B.M.S.P.I.A.A.M. și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial pentru implementarea și dezvoltarea sistemelor proprii de control intern managerial**

1. Scopul comisiei de monitorizare în domeniul controlului intern managerial, denumită în continuare **comisia de monitorizare**, îl constituie asigurarea condițiilor necesare implementării și dezvoltării sistemului propriu de control intern managerial în cadrul spitalului.

1.1. Sintagma „*control intern managerial*” este utilizată în înțelesul definit de art. 2 lit. d) din *Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare*.

2. Activitatea comisiei de monitorizare se desfășoară în conformitate cu prevederile *Ordinului nr. 600/2018 al Secretarului General al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice*<sup>11</sup> și a prezentului Regulament de organizare și funcționare, denumit în continuare *Regulament*.

2.1. Prezentul regulament de organizare și funcționare se actualizează ori de câte ori este nevoie.

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

4. Comisia de monitorizare se nominalizează anual prin decizie a managerului spitalului sau, doar în situația în care componența acesteia se modifică..

4.1. Prin aplicarea prevederilor art. 3 alin. (2) din O.S.G.G. 600/2018, la nivelul spitalului funcționează o Comisie de monitorizare, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

a) președinte: directorul financiar-contabil/ (înlocuitorul legal) ;

b) membrii: șefii (coordonatori / delegați / împuterniciți/ înlocuitorii legali) microstructurilor organizaționale incluse în primul nivel de conducere, astfel:

- Director medical;
- Asistent medical șef pe spital;
- Coordonator RUNOS;
- Consilier juridic, Compartiment juridic și contencios;
- Coordonator compartiment statistică și informatică medicală;
- Responsabil cu managementul calității, Compartiment de managementul calității serviciilor de sănătate;

- Coordonator compartiment S.P.L.I.A.A.M.;

c) Secretariat tehnic:

- Responsabilul cu managementul calității, desemnat prin decizie managerială

4.2. Managerul poate participa oricând, ca invitat/membru fără drept de vot la ședințele Comisiei de monitorizare.

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

5.1. Comisia de monitorizare se întrunește, pe baza ordinii de zi aprobată de președintele comisiei (conform modelului din **Anexa 1**), la convocarea acestuia transmisă / postată în

---

<sup>11</sup> În continuare: O.S.G.G. 600/2018

directorul Comisia de monitorizare de pe intranetul spitalului, de secretariatul tehnic, cu cel puțin 1 zile înainte de data ședinței, de regulă o dată pe lună în ședință ordinară. Comisia de monitorizare se poate întruni în ședințe extraordinare ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui comisiei.

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

5.3. Comisia de monitorizare este legal întrunită dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii comisiei sau înlocuitorii legali ai acestora, adică 5 membrii din totalul membrilor cu drept de vot.

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

5.5. Deciziile comisiei de monitorizare se adoptă în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

6. Desfășurarea ședinței se consemnează într-un proces-verbal de ședință, aprobat de președintele comisiei, tehnoredactat de un membru al secretariatului tehnic (conform modelului din **Anexa 2**). Procesul-verbal va fi semnat de toți membrii titulari/ delegați / împuterniciți / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință și, ulterior, se va înregistra.

7. În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe al Comisiei de monitorizare, secretarul acestuia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

8. Prezența la ședință a membrilor Comisiei de monitorizare este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comisiei de monitorizare nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectiva). În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Comisiei de monitorizare, membrii titulari/ delegați / împuterniciți / înlocuitorii legali sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.

9. În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui Comisiei de monitorizare, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați în acest sens, de regulă, verbal, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea ședinței respective.

10. Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin hotărâri ale Comisiei de monitorizare sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către personalul din secretariatul tehnic al comisiei, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Comisia de monitorizare să nu fie înlăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei de monitorizare sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către personalul din secretariatul tehnic al comisiei, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

11. În sensul celor menționate la pct. 10, personalul din secretariatul tehnic al comisiei de monitorizare aduc – personal - la cunoștința responsabililor nominalizați/înlocuitorilor legali ai acestora - hotărârile Comisiei de monitorizare, ca extras din procesul-verbal. În paralel, respectivul extras din proces-verbal se transmite de către personalul din secretariatul tehnic al comisiei și pe adresele de email interne ale structurilor din care fac parte fiecare dintre responsabili nominalizați prin hotărârile Comisiei de monitorizare.

12. Responsabilii nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora, stabiliți în baza hotărârilor Comisiei de monitorizare, au obligația de a lua la cunoștință de respectivele hotărâri, prin semnătură olografă pe extrasul din procesul verbal al Comisiei de monitorizare, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile Comisiei de monitorizare, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului.

13. În situația în care secretarul Comisiei de monitorizare, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștința unui responsabil nominalizat prin hotărâre a Comisiei de monitorizare sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre hotărârile comisiei, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele comisiei.

**14. Comisia de monitorizare are, în principal, următoarele atribuții:**

a) elaborează Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial și îl supune spre aprobare managerului spitalului și urmărește respectarea termenelor stabilite prin acesta, stabilind în acest sens activități, responsabilități și termene pentru fiecare standard de control intern managerial (conform modelului din **Anexa 3**);

b) coordonează procesul de stabilire a obiectivelor generale și specifice din cadrul spitalului și procesul de stabilire a indicatorilor de performanță asociați acestora, utilizând în acest sens o *"Metodologie de formulare a obiectivelor, ipotezelor/premiselor și a indicatorilor de performanță"* (conform modelului din **Anexa 4**);

c) analizează și supune anual spre aprobare managerului spitalului *"Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative"*, elaborat de secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare, în baza propunerilor formulate de către șefii/coordonatorii structurilor din organigrama spitalului (conform modelului din **Anexa 5**);

d) analizează și supune anual spre aprobare managerului spitalului, Inventarul privind funcțiile sensibile și măsurile pentru gestionarea acestora, utilizând în acest sens *"Metodologie de identificare și gestionare a funcțiilor sensibile"* (conform modelului din **Anexa 6**);

e) analizează și supune spre aprobare managerului spitalului *"Raportul anual privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului"* (conform modelului din **Anexa 7**);

f) monitorizează și coordonează permanent activitățile de punere în aplicare a măsurilor de management al riscurilor, cu respectarea prevederilor din *"Diagrama de proces pentru implementarea managementului riscului"* (conform modelului din **Anexa 8**);

g) analizează, avizează și prioritizează riscurile semnificative, care pot afecta atingerea obiectivelor entității, prin stabilirea profilului de risc și a limitei de toleranță la risc, anual, și întocmește *"Registrul de riscuri al spitalului"* (întocmit conform modelului din Anexa nr. 1 la O.S.G.G. 600/2018);

h) coordonează inventarierea activităților procedurale din cadrul spitalului pe domenii de activitate, pentru fiecare structură din organigrama spitalului, utilizând în acest sens formularul de *"Inventar al activităților procedural din cadrul Spitalului Orasenesc Jibou "* (conform modelului din **Anexa 9**);

i) analizează și supune spre aprobare managerului spitalului, anual – la data de 31 decembrie *"Raportul asupra sistemului de control intern managerial"* (conform precizărilor din Anexa nr. 4.3 la O.S.G.G. 600/2018 )

j) elaborează și supune spre aprobare managerului spitalului, anual *"Situatia centralizatoare privind stadiul implementarii si dezvoltarii sistemului de control intern managerial la data de 31 decembrie ...."* (conform modelului din Anexa 3 la O.S.G.G. 600/2018);

k) coordonează activitatea de elaborare și actualizare a procedurilor de sistem și operaționale și le transmite spre aprobare managerului spitalului;

l) propune managerului spitalului noi acțiuni sau revizuirii de termene, când apar disfuncții în implementarea măsurilor de management al risurilor;

m) analizează, avizează și supune spre aprobare managerului spitalului, raportările și informările/situațiile centralizatoare prevăzute de legislația în domeniu;

n) analizează, în vederea aprobării, monitorizarea performanțelor la nivelul instituției, pe baza rapoartelor privind monitorizarea performanțelor anuale de la nivelul structurilor;

o) urmărește actualizarea sistemului de monitorizare și de raportare și asigură informarea către managerul spitalului.

#### **14.2. Atribuțiile președintelui comisiei de monitorizare:**

a) coordonează activitatea comisiei de monitorizare;

b) elaborează, prin secretariatul tehnic al comisiei, regulamentul de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare;

c) emite, prin secretariatul tehnic, ordinea de zi a ședințelor, asigură conducerea ședințelor și elaborarea minutelor și hotărârilor comisiei de monitorizare;

d) conduce și coordonează activitatea secretariatului tehnic;

e) urmărește respectarea termenelor stabilite de către comisia de monitorizare și decide asupra măsurilor care se impun pentru respectarea acestora;

f) aprobă ordinea de zi a ședințelor comisiei de monitorizare și asigură buna desfășurare a acestora;

g) decide asupra participării la ședințele comisiei de monitorizare și a altor persoane, în calitate de invitați, a căror prezență este necesară pentru clarificarea/soluționarea unor probleme specifice;

h) acordă avizul de conformitate pentru hotărârile, informările, evaluările și raportările comisiei de monitorizare.

#### **14.3. Atribuțiile secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare:**

a) centralizează și ține evidența procedurilor de sistem/operationale în Registrul pentru evidența procedurilor de sistem/operationale, în format electronic și le pune la dispoziția personalului prin serverul spitalului;

b) elaborează Inventarul activităților spitalului, pe baza propunerilor șefilor de microstructuri;

c) elaborează Inventarul privind funcțiile sensibile și al măsurilor pentru gestionarea acestora, pe baza propunerilor șefilor de microstructuri;

d) elaborează "Registrul de riscuri al spitalului", pe baza registrelor de riscuri întocmite la nivelul fiecărei microstructuri;

e) elaborează Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative și îl trimite șefilor de microstructuri pentru punerea în aplicare;

f) elaborează Raportul anual privind desfășurarea procesului de gestionare a riscurilor și monitorizarea performanțelor la nivelul spitalului;

g) elaborează raportările și informările/situațiile centralizatoare prevăzute în Ordinul secretarului general al Guvernului nr.600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, pe baza datelor primite de la microstructurile spitalului;

h) pregătește documentele de lucru pentru ședințele comisiei de monitorizare.

#### **14.4. Atribuțiile șefilor de microstructuri în raport cu hotărârile Comisiei de monitorizare:**

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

b) stabilesc obiectivele și indicatorii de performanță ai microstructurii și activitățile necesare îndeplinirii acestora, potrivit responsabilităților;

c) identifică, analizează, evaluează și prioritizează riscurile care pot afecta atingerea obiectivelor generale/specifice ale microstructurii și formulează propuneri privind măsurile de management al riscurilor;

d) nominalizează un responsabil cu riscurile la nivelul microstructurii;

e) transmit secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare propuneri pentru întocmirea Registrului de riscuri pe spital;

f) transmit secretariatului tehnic al comisiei de monitorizare propuneri pentru elaborarea/actualizarea procedurilor de sistem/operationale;

g) reevaluează riscurile anual sau ori de câte ori este nevoie, semnalează apariția unor noi riscuri și fac propuneri în sensul diminuării acestora sau al exploatarea oportunităților.

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

a) aplică principiile controlului intern managerial în actul de conducere;

b) asigură cadrul organizațional și procedural privind punerea în aplicare a măsurilor necesare pentru implementarea și dezvoltarea continuă a sistemului propriu de control intern managerial;

c) decide măsurile adecvate de management al riscurilor, pe baza "*Planului de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative*" elaborat de secretariatul tehnic;

d) aprobă Registrul de riscuri, Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative și Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al spitalului;

e) aprobă rapoartele și informările/situațiile centralizatoare prevăzute de Ordinul nr.600/2018 al Secretarului general al Guvernului și dispune transmiterea acestora la termenele stabilite;

f) stabilește microstructurile responsabile de implementarea standardelor de control intern managerial, în conformitate cu atribuțiile ce le revin.

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

**16.** Procesele-verbale de ședință ale Comisiei de monitorizare sau deciziile din cadrul acestora, după caz, se postează pe serverul spitalului în directorul Comisiei, Comitete, Consilii. Acestea se păstrează la nivel de unitate și se arhivează prin grija secretariatului Comisiei de monitorizare.

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

#### **Anexa 1 la ROF Comisie de monitorizare**

- Model -

Aprob,  
Președintele Comisiei de monitorizare,

.....  
(numele, prenumele și semnătura)

#### **Ordinea de zi a ședinței Comisiei de monitorizare**

1. Data: .....
2. Ora de începere: .....
3. Locul de desfășurare: .....

| Nr. crt. | Timp alocat                   | Tematica discuțiilor                                    | Prezintă                       | Observații |
|----------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| 1        | 10,00-10,20<br>(20 de minute) | Analizarea și prioritizarea<br>riscurilor semnificative | (nume,<br>prenume,<br>funcție) |            |
|          | .....                         | .....                                                   | .....                          | .....      |
|          |                               |                                                         |                                |            |

4. Participanți: .....

Întocmit:  
.....  
(funcția, numele, prenumele și  
semnătura)

## **Anexa 2 la ROF Comisie de monitorizare**

- Model -

Aprob,  
Președintele Comisiei de monitorizare,  
.....  
(numele, prenumele și semnătura)

### **Minuta ședinței Comisiei de monitorizare din data de ..... și hotărârile acesteia**

- A) Data: .....  
B) Locul de desfășurare: .....  
C) Bază: Ordinea de zi nr. ... / .....  
D) Participanți: .....  
E) Invitați: .....  
F) Tematica discuțiilor:  
1. ....  
2. ....  
G) Desfășurarea ședinței:  
Ședința a fost prezidată de ..... (numele, prenumele și semnătura), în calitate de  
președinte al comisiei de monitorizare.  
1. La punctul 1 de pe ordinea de zi  
..... (Se precizează cine a prezentat, intervențiile, precum și principalele aspecte  
dezbătute.)  
2. ....  
H) Hotărârile comisiei:  
1. ....; (inclusiv responsabil și termen, dacă este cazul)  
2. ....  
I) Concluzii

Semnături:  
.....  
(numele, prenumele și semnătura)

Întocmit,  
.....  
(funcția, numele, prenumele și  
semnătura)

## **Anexa 3 la ROF Comisie de monitorizare**

- Model -

Aprob,  
Managerul Spitalului .....  
.....  
- prenumele și numele -

### **Programul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial al Spitalului .....**

**A. Cadru legal:**

- Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/managerial și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul secretarului general al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

**B. Obiective: (exemple de posibile obiective)**

1. Asigurarea conformității activităților desfășurate în . . . . . cu cadrul normativ incident prin întocmirea procedurilor pentru procesele/activitățile semnificative;
2. Menținerea capacității de reacție a . . . . . în fața incertitudinii și riscurilor prin identificarea și gestionarea adecvată a riscurilor semnificative;
3. Facilitarea îndeplinirii misiunii și scopurilor . . . . . prin stabilirea unor obiective clare și monitorizarea lor prin intermediul unor indicatori relevanți;
4. Perfecționarea profesională a personalului din . . . . . în domeniul controlului intern managerial.

.....

**C. Activități**

| Nr. crt.                             | Activități                                                                                                                         | Rezultate/Documente                                                                             | Responsabili                                                   |                                                       | Termen<br>(planificat/realizat) | Observații |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|
|                                      |                                                                                                                                    |                                                                                                 | Participă                                                      | Răspunde                                              |                                 |            |
| Standardul 1 - Etica și integritatea |                                                                                                                                    |                                                                                                 |                                                                |                                                       |                                 |            |
| 1.                                   | Prelucrarea cu angajații a prevederilor codului de conduită etică                                                                  | Listă/Tabel semnată/semnat                                                                      | - Conducerea entității<br>- Toți angajații                     | Consilierul de etică                                  | 15.01.2025<br>20.01.2025        |            |
| 2.                                   | Prelucrarea cu persoanele nou-angajate în entitate a prevederilor codului de conduită etică                                        | Angajament de luare la cunoștință a prevederilor codului de conduită etică                      | Angajații noi                                                  | Consilierul de etică                                  | În ziua angajării               |            |
| 3.                                   | Realizarea consilierii etice a angajaților entității                                                                               | - Spațiu pentru realizarea consilierii<br>- Registru privind consemnarea consilierilor acordate | Beneficiarul consilierii                                       | Consilierul de etică                                  | La momentul solicitării         |            |
| 4.                                   | Depunerea, publicarea, monitorizarea și actualizarea declarațiilor de avere și de interese (acolo unde se prevede prin legislație) | Declarațiile de avere și de interese                                                            | Angajații care au obligația depunerii declarațiilor menționate | Responsabilul cu declarațiile de avere și de interese | 30.03.2025<br>29.03.2025        |            |
| Standardul .....                     |                                                                                                                                    |                                                                                                 |                                                                |                                                       |                                 |            |

Întocmit,

.....

(funcția, numele, prenumele și semnătura)

**METODOLOGIE**  
**de formulare a obiectivelor, ipotezelor/premiselor**  
**și a indicatorilor de performanță**

Obiectivul reprezintă un rezultat/eveniment/efect (impact) pozitiv pe care conducerea structurii își propune să îl realizeze sau un rezultat/eveniment/efect (impact) negativ pe care încearcă să îl evite.

Obiectivele generale reprezintă obiectivele fixate pe termen scurt, mediu sau lung la nivelul global al structurii ministerului sau care vizează o anumită funcțiune a acesteia (de exemplu, poate fi stabilit un obiectiv care vizează atingerea unui anumit grad de operativitate al tehnicii) și care vizează îndeplinirea misiunilor și scopurilor structurii în cauză. În fapt, obiectivele generale sunt acele enunțuri formulate care permit punerea în practică/îndeplinirea/asigurarea capacității de îndeplinire a misiunii și scopurilor unității sanitare.

Obiectivele generale pe termen mediu și lung se formulează în cadrul strategiei/planului strategic a/al spitalului.

Obiectivele generale anuale sunt obținute prin transpunerea/derivarea obiectivelor generale multianuale prin raportarea la un orizont de timp de 1 an. Îndeplinirea obiectivelor generale anuale trebuie să determine realizarea obiectivului general multianual la care se referă.

Obiectivele specifice reprezintă obiective care se stabilesc, de regulă, la nivelul unei microstructuri organizaționale. Se obțin prin descompunerea obiectivelor generale anuale raportat la funcțiunea microstructurii organizaționale, respectiv exprimă ce își propune microstructura să realizeze pentru îndeplinirea obiectivului strategic anual. Îndeplinirea tuturor obiectivelor specifice aferente unui anumit obiectiv general anual trebuie să determine realizarea acestuia.

Obiectivele generale anuale și obiectivele specifice se includ în planul cu principalele activități ale structurii sau în alte documente de planificare.

Pentru elaborarea obiectivelor trebuie avute în vedere următoarele aspecte:

- a) enunțul obiectivului trebuie să indice o acțiune (creșterea, scăderea, asigurarea, păstrarea, menținerea etc.);
- b) fiecărui obiectiv trebuie să îi atașăm ținte (rezultate așteptate). Țintele pot fi definite în cadrul obiectivului (de exemplu, creșterea cu 5% a numărului de pacienți internați/consultați) sau distinct;
- c) asigurarea concordanței/corelației/legăturii între obiectivele generale și obiectivele specifice;
- d) să fie formulate clar pentru a fi înțelese de personalul care trebuie să le îndeplinească;
- e) să exprime o finalitate, respectiv un rezultat/eveniment/efect (impact) așteptat;
- f) modul de formulare să permită monitorizarea îndeplinirii lor;
- g) să fie actualizate ori de câte ori este necesar.

Obiectivele sunt formulate astfel încât să răspundă pachetului de cerințe S.M.A.R.T., care presupune că obiectivele trebuie să respecte următoarele criterii:

- a) specific - obiectivele trebuie să fie precise și concrete;
- b) măsurabil - obiectivele trebuie să definească o stare viitoare dezirabilă într-un mod care să permită măsurarea, astfel încât să fie posibilă verificarea îndeplinirii obiectivului prin indicatori de performanță;
- c) adecvat - obiectivele stabilite trebuie să fie corelate cu misiunea și scopurile structurii;
- d) realist - obiectivele stabilite trebuie să fie ambițioase, însă, în același timp, trebuie să fie posibil de îndeplinit, urmărindu-se în special corelarea cu resursele posibil a fi alocate sau cu bugetul alocat;
- e) termen de realizare - obiectivele presupun alocarea unui orizont de timp/termen pentru îndeplinire. Se vor evita, pe cât posibil, termene gen "Permanent", "Anual", "Anul 20XX", care

sunt dificil de verificat sau care nu creează o responsabilitate delimitată în timp pentru persoanele responsabile.

Ipotezele/Premisele care stau la baza stabilirii obiectivelor reprezintă condiții actuale sau care trebuie să existe în viitor și care sunt necesare pentru ca obiectivul să poată fi îndeplinit. Prin urmare, un obiectiv poate fi îndeplinit atât timp cât este valabilă o anumită ipoteză. Modificarea ipotezei (condiției) determină necesitatea reanalizării posibilității îndeplinirii obiectivului și, dacă este cazul, reformularea acestuia.

Obiectivele generale, obiectivele specifice și activitățile trebuie stabilite în așa fel încât îndeplinirea lor să poată fi verificată prin indicatori măsurabili de performanță.

Indicatorul de performanță reprezintă un instrument de evaluare a gradului de îndeplinire a unui obiectiv sau unor activități stabilite.

Un indicator de performanță definește măsurarea unei informații importante și utile cu privire la performanța structurii, exprimată în procente, index, rată sau altă comparație, care este monitorizată la intervale regulate și este comparată cu o țintă (rezultat așteptat).

Măsurarea performanței este, în general, orientată fie către rezultatele activității (output), fie către impactul/efectele programului (outcome) pe termen lung.

Tipuri de indicatori de performanță:

a) cantitatea (care este rezultatul direct al activității sau al ceea ce se va produce în cadrul programului) - este un indicator a ceea ce activitatea/programul va produce efectiv (de exemplu, numărul angajaților instruiți), fiind relevant pentru programele și activitățile care se concentrează doar pe furnizarea de bunuri și servicii de bază (de exemplu, numărul de paturi de spital de spitalizare continua din fiecare secție);

b) calitatea (cum va fi măsurată calitatea rezultatului) - măsoară calitatea rezultatelor produse (de exemplu, satisfacția angajaților față de condițiile existente la locul de muncă; numărul erorilor făcute);

c) durata (în ce perioadă ar trebui produse efectele) - măsurarea duratei variază în funcție de natura rezultatului (de exemplu, lista de așteptare medie pentru o operație medicală, durata medie de spitalizare), fiind foarte folositoare atunci când elementul timp este o dimensiune importantă în cadrul desfășurării activității/programului;

d) eficiența (care este costul per unitate de produs) - este o măsură a unităților contribuțiilor, de obicei costul (de exemplu, salarii, cheltuieli administrative și alte cheltuieli) per unitate de rezultat. Indicatorii de acest tip măsoară dacă serviciile sunt furnizate la cel mai redus cost. În timp, ei indică schimbări în costurile per unitate și eficiența operațiunilor în furnizarea de servicii;

e) eficacitatea (ce impact a avut programul) - un indicator privind măsura în care un program sau serviciu și-a atins obiectivele.

Monitorizarea performanțelor reprezintă un proces de stabilire a unor indicatori de performanță relevanți pentru obiectivele generale, obiectivele specifice și activitățile stabilite structurii ministerului, de măsurare periodică a gradului lor de îndeplinire, de analiză și comparare cu țintele sau rezultatele așteptate, iar în cazul identificării unor abateri de la acestea de luare a măsurilor corective care se impun.

Pentru stabilirea indicatorilor de performanță se analizează ce este relevant să se evalueze/măsoare periodic cu privire la obiectivele stabilite și activitățile desfășurate de fiecare microstructură din organigrama unității sanitare.

Pentru fiecare indicator de performanță stabilit se menționează formula de calcul, periodicitatea de măsurare, responsabilul de monitorizare (dacă diferă de responsabilul de obiectiv/activitate) și sursa de colectare a datelor (dacă este cazul).

La selecția indicatorilor de performanță se au în vedere următoarele:

a) legătura între indicatori și obiectivele/activitățile stabilite trebuie să fie clară;

b) trebuie stabilite valorile de referință dintre cele mai recente valori istorice ale unui indicator;

c) trebuie stabilite activități regulate pentru colectarea indicatorului care să descrie modul în care indicatorul va fi colectat, cine este responsabil și când anume va fi furnizată informația;

d) valorile-țintă trebuie stabilite pentru fiecare trimestru al anului financiar curent.

Monitorizarea performanțelor se analizează, periodic, în cadrul ședințelor de lucru ale conducerii unității sanitare.

Dacă în urma măsurării, indicatorul arată neîndeplinirea obiectivului, țintei sau a activității planificate, se dispun măsuri de corecție, aprobând și implementând un plan de măsuri cu termene și responsabili.

#### **Anexa 5 la ROF Comisie de monitorizare**

- Model -

Aprob,  
Managerul Spitalului . . .

.....  
- prenumele și numele -

#### **Planul de implementare a măsurilor de control pentru riscurile semnificative al**

.....

- denumirea structurii –

| Nr. crt. | Denumirea riscului | Măsurile de control           | Termenele de implementare | Persoanele responsabile cu implementarea | Observații |
|----------|--------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|------------|
| 1.       |                    | 1. . . .<br>2. . . .<br>. . . |                           |                                          |            |
| .....    |                    |                               |                           |                                          |            |

Întocmit,

.....

(funcția, numele, prenumele și semnătura)

#### **Anexa 6 la ROF Comisie de monitorizare**

### **METODOLOGIE de identificare și gestionare a funcțiilor sensibile**

O funcție este considerată ca fiind funcție sensibilă dacă prezintă, cel puțin, unul din următoarele riscuri:

- risc de fraudă sau de corupție;
- risc semnificativ de afectare a misiunii și obiectivelor unității sanitare prin utilizarea necorespunzătoare a resurselor umane, materiale, financiare și informaționale.

Pentru identificarea și gestionarea funcțiilor sensibile se elaborează Inventarul privind funcțiile sensibile și al măsurilor pentru gestionarea acestora (prezentat mai jos) prin parcurgerea următoarelor etape:

1. Se stabilesc factorii de risc pe baza cărora se stabilesc funcțiile sensibile.

Factorii de risc reprezintă acele criterii care pot determina ca o funcție să fie considerată funcție sensibilă. Aceștia se stabilesc în funcție de misiunea și specificul activităților unității sanitare, ținând cont de posibilitatea manifestării riscului de imagine, de fraudă sau corupție.

Exemple de factori de risc:

- activități ce se exercită în condiții de monopol, drepturi exclusive sau speciale;
- lucrul în relație directă cu cetățenii, politicienii sau terțe persoane juridice;
- achiziția publică de bunuri, servicii, lucrări, preferențial sau prin eludarea reglementărilor legale în materie;
- gestionarea de materiale sau echipamente care pot fi utilizate și în interesul propriu sau al unor terți;
- gestionarea de substanțe/materiale cu acces restricționat;
- accesul la informațiile clasificate sau informațiile neclasificate exceptate, potrivit legii, de la liberul acces al cetățenilor;
- accesul la numerar sau la resurse care pot fi transformate ușor în numerar;
- lipsa separării atribuțiilor;
- capacitatea de a angaja cheltuieli semnificative în relațiile cu terții;
- funcțiile cu competență decizională exclusivă etc.

2. Se inventariază funcțiile sensibile pe baza factorilor de risc stabiliți.

Pentru a stabili funcțiile sensibile, în cadrul fiecărei microstructuri se analizează, pentru fiecare funcție, posibilitatea existenței factorului de risc, precum și a producerii unui risc de fraudă și corupție sau a unui risc semnificativ de imagine ori de afectare a misiunii și obiectivelor unității sanitare.

3. Se identifică riscurile asociate funcțiilor sensibile inventariate.

Pentru funcțiile sensibile inventariate se identifică riscurile asociate, respectiv acele evenimente care pot avea drept consecință, în caz de manifestare, producerea unei fraude, unui act de corupție, afectarea semnificativă a imaginii structurii ori a misiunii și obiectivelor unității sanitare.

4. Se stabilesc măsuri pentru gestionarea riscurilor asociate funcțiilor sensibile inventariate.

În funcție de riscurile identificate la pct. 3 se stabilesc măsuri de control intern pentru reducerea probabilității de manifestare a riscului sau pentru creșterea probabilității de identificare a producerii riscului asociat funcției sensibile.

- Model -

Aprob,  
Managerul Spitalului . . .

.....  
- prenumele și numele -

### Inventarul privind funcțiile sensibile și al măsurilor pentru gestionarea acestora

1. Factorii de risc pe baza cărora se stabilesc funcțiile sensibile:

a) activități ce se exercită în condiții de monopol, drepturi exclusive sau speciale;

.....

2. Lista funcțiilor sensibile și a măsurilor pentru gestionarea acestora

| Nr. crt. | Funcție sensibilă compartiment/birou/secție/serviciu | Persoana care o încadrează/vechimea pe funcție | Data identificării funcției | Riscuri | Măsuri de control intern managerial | Responsabil | Termen (planificat/realizat) | Observații |
|----------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|---------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|------------|
|----------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|---------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|------------|

|     |                         |                            |            |                                                                        |                                                                                                                            |                   |                          |  |
|-----|-------------------------|----------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--|
| 1.  | Specialist în achiziții | Numele, prenumele/ ... ani | 29.01.2016 | Încheierea de contracte dezavantajoase pentru autoritatea contractantă | Elaborarea și aprobarea unui model de contract care să includă clauze standard și instituirea regulii "aplică sau explică" | Numele, prenumele | 31.07.2025<br>29.07.2025 |  |
| 2.  |                         |                            |            |                                                                        |                                                                                                                            |                   |                          |  |
| ... |                         |                            |            |                                                                        |                                                                                                                            |                   |                          |  |
| n.  |                         |                            |            |                                                                        |                                                                                                                            |                   |                          |  |

Întocmit,

.....

(funcția, numele, prenumele și semnătura)

#### Anexa 7 la ROF Comisie de monitorizare

- Model -

Aprob,  
Managerul Spitalului ...

.....

- prenumele și numele -

#### **RAPORT ANUAL/INFORMARE ANUALĂ** **privind desfășurarea procesului de management al riscurilor** **în anul ..... la nivelul .....** **[denumirea structurii]**

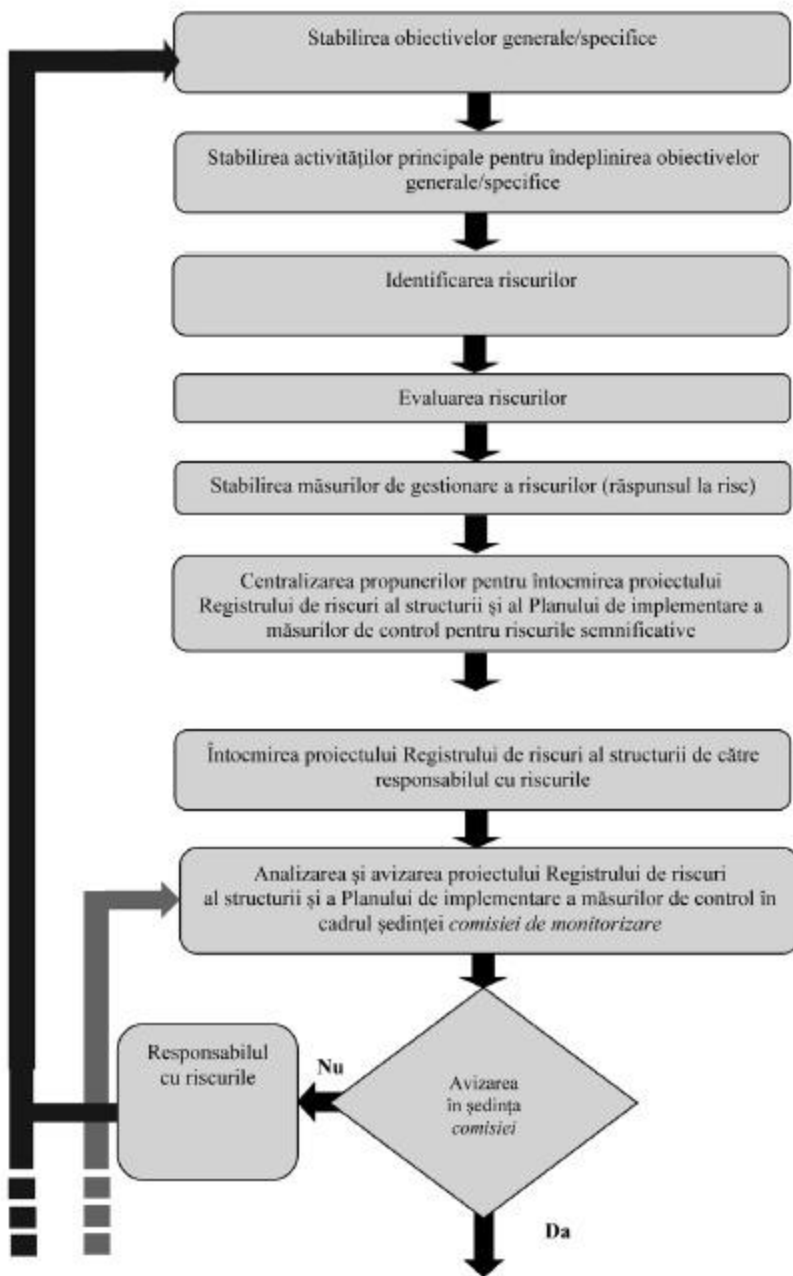
1. Scopul raportului
2. Analiza procesului de management al riscurilor pe anul .....
1. Sinteza Registrului de riscuri aferent anului raportării
2. Stadiul implementării măsurilor de control
3. Revizuirea riscurilor
  1. Riscuri reziduale
  2. Riscuri care persistă
  3. Riscuri nou-identificate
4. Monitorizarea riscurilor de corupție, după caz
5. Registrul de riscuri actualizat
6. Concluzii și propuneri

Întocmit,

Responsabil cu riscurile/Secretarul Comisiei de  
monitorizare,

.....

Diagrama de proces pentru implementarea managementului riscului



## Anexa 9 la ROF Comisie de monitorizare

Aprob,  
Managerul Spitalului . . .

.....  
- prenumele și numele -

### Inventarul activităților procedurale din cadrul. .... - denumirea structurii -

| Nr. crt.                             | Denumirea activității/procesului | Activitate |   | Denumirea activității procedurale | Denumirea procedurii (pentru activitățile procedurale) | Responsabil | Termen | Observații |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|--------|------------|
|                                      |                                  | P          | N |                                   |                                                        |             |        |            |
| 0                                    | 1                                | 2          | 3 | 4                                 | 5                                                      | 6           | 7      | 8          |
| Serviciul .....                      |                                  |            |   |                                   |                                                        |             |        |            |
| Secția .....                         |                                  |            |   |                                   |                                                        |             |        |            |
| TOTAL GENERAL ACTIVITĂȚI             |                                  |            |   |                                   |                                                        |             |        |            |
| TOTAL GENERAL ACTIVITĂȚI PROCEDURALE |                                  |            |   |                                   |                                                        |             |        |            |

#### LEGENDĂ:

- P - procedurală
- N - neprocedurală

NOTE: - Atât la nivelul fiecărei microstructuri, cât și la nivelul întregii structuri, numărul activităților procedurale (coloana 4) reprezintă doar o parte din cel al proceselor/activităților identificate (coloana 1).

- Unei proceduri (coloana 5) îi corespunde o singură activitate procedurală (coloana 4).
- Un proces (coloana 1) poate include mai multe activități procedurale (coloana 4) sau mai multe activități (coloana 1) pot determina o activitate procedurală (coloana 4) (după caz).
- Stabilirea ulterioară a unei activități ca fiind neprocedurală se motivează la «Observatii» și determină retragerea procedurii.

Întocmit,  
.....  
(funcția, numele, prenumele și semnătura)

## **Regulamentul de organizare și funcționare a Grupului de lucru constituit în vederea aplicării metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție**

1. Prezentul regulament stabilește activitățile ce se includ în procesul de identificare, analiză și evaluare a riscurilor de corupție, rolul și responsabilitățile membrilor Grupului de lucru al spitalului, modul de convocare și de luare a deciziilor, precum și termenii de referință privind planificarea, desfășurarea și evaluarea activităților.

2. Grupul de lucru, este constituit în scopul îndeplinirii responsabilităților ce revin spitalului, pentru implementarea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție din *Hotărârea Guvernului nr. 599/2018 pentru aprobarea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu indicatorii de estimare a probabilității de materializare a riscurilor de corupție, cu indicatorii de estimare a impactului în situația materializării riscurilor de corupție și formatul registrului riscurilor de corupție, precum și pentru aprobarea Metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, împreună cu formatul raportului anual de evaluare a incidentelor de integritate*, denumită în continuare Hotărârea Guvernului nr. 599/2018, coroborată cu prevederile *Hotărârii de Guvern nr. 1269/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025 și a documentelor aferente acesteia*.

3. Componenta Grupului de lucru se stabilește în conformitate cu prevederile deciziei managerului spitalului, acesta fiind constituit din personalul încadrat/ delegat/ împuternicit/ înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- a. Șef al Grupului de lucru: o persoană din Conducerea Instituției
- b. Conducătorii sau reprezentanții structurilor care se ocupă de următoarele activități: integritate, control intern, răspundere disciplinară, audit intern, resurse umane, control intern managerial, achiziții publice, gestionarea mijloacelor financiare – în calitate de membri ai Grupului de lucru
- c. Consilierul de etică și, după caz, consilierul de integritate – în calitate de membru al Grupului de lucru

3.1. Desemnarea membrilor Grupului de lucru se face prin decizie managerială Prin actul de constituire a Grupului de lucru se desemnează și secretarul acestuia

3.2. Conducătorul instituției poate extinde componența Grupului de lucru și la alte funcții pe care le consideră relevante pentru realizarea activităților Grupului de lucru.

3.4. În situația în care persoanele nominalizate să facă parte din Grupul de lucru nu mai pot îndeplini calitatea de membru, secretariatul Grupului de lucru, în termen de 10 zile de la apariția situației care determină imposibilitatea îndeplinirii calității de membru, va înainta propunerea președintelui grupului de lucru privind înlocuirea acestora către manager pentru a fi nominalizați printr-o nouă decizie managerială.

4. Grupul de lucru îndeplinește atribuțiile specifice managementului riscurilor de corupție în legătură cu procesele și activitățile specifice spitalului precum și cu cele care decurg din calitatea de ordonator terțiar de credite.

### **5. Atribuțiile Grupului de lucru sunt următoarele:**

- a) identifică și descrie riscurile de corupție de la nivelul spitalului;
- b) evaluează riscurile de corupție identificate și stabilește măsurile de intervenție care se impun;

c) întocmește/actualizează Registrul riscurilor de corupție la nivelul spitalului (conform modelului din Anexa 4 la Hotărârea Guvernului nr. 599/2018);

d) întocmește rapoarte privind gestionarea riscurilor de corupție, monitorizează și revizuieste anual situația privind implementarea măsurilor de control a riscurilor de corupție la nivelul spitalului.

#### **6. Secretariatul Grupului de lucru îndeplinește următoarele atribuții:**

a) întocmește documentația (ordinea de zi, notificarea de participare etc.) privind convocarea Grupului de lucru, pe care o prezintă pentru aprobare președintelui și o diseminează membrilor;

b) transmite reprezentanților în Grupul de lucru o notificare, cu cel puțin 1 zi înaintea desfășurării ședințelor, în scopul asigurării prezenței membrilor;

c) întocmește minuta în urma desfășurării fiecărei ședințe, conform modelului din anexa nr.1 la prezentul regulament;

d) întocmește raportul în urma desfășurării ședințelor, atunci când se produc modificări la registrul riscurilor de corupție, și îl prezintă managerului, în vederea aprobării;

e) la deschiderea fiecărei ședințe prezintă sarcinile și măsurile stabilite de președinte în ședințele anterioare.

7. Grupul de lucru își desfășoară activitatea în ședințe ordinare semestriale și în ședințe extraordinare, convocate, de regulă, la propunerea președintelui.

7.1. Ședințele extraordinare pot fi convocate și de către unul sau mai mulți membri, în baza unei solicitări scrise, transmise secretariatului Grupului de lucru, cu aprobarea președintelui Grupului de lucru.

7.2. După primirea unei astfel de solicitări, secretariatul informează președintele, în vederea adoptării deciziei și, după caz, stabilirii detaliilor privind desfășurarea ședinței.

8. Pentru luarea deciziilor în cadrul Grupului de lucru este necesară prezența a minim două treimi plus unul din totalul membrilor cu drept de vot.

8.1. Prezența la ședință a membrilor grupului de lucru este obligatorie pentru aceia care se află la program.

8.2. Când, din motive întemeiate, un reprezentant titular nu poate participa la ședințele Grupului de lucru, se va asigura prezența înlocuitorului legal.

8.3. În situația în care nu se întrunește numărul minim de membri descris la alin. 1, președintele Grupului de lucru stabilește o dată ulterioară pentru desfășurarea ședinței, care să permită prezența numărului minim de membri agreeat prin prezentul regulament.

8.4. În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii de grupul de lucru, membrii titulari/delegați/împuțerniciți/înlocuitorii legali sau invitații acestuia pot participa la ședințe on-line.

8.5. În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui grupului de lucru, la ședințele acestuia pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.

8.6. Deciziile grupului de lucru se adoptă în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

8.7. În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în minuta ședinței, secretarul acesteia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

9. În urma fiecărei ședințe a Grupului de lucru, secretariatul întocmește minuta ședinței și o prezintă președintelui pentru aprobare. În conținutul acesteia se înscriu toate aspectele privind planificarea, desfășurarea și rezultatele activităților, precum și punctele principale ale ordinii de zi a ședinței următoare, având incluse și propunerile din partea membrilor.

9.1. În vederea includerii propunerilor din partea membrilor Grupului de lucru, secretariatul transmite acestora, în format electronic, minuta întocmită în urma desfășurării ședinței. Membrii pot transmite, în termen de 2 (două) zile lucrătoare de la primirea minutei, eventualele propuneri de modificare/completare a conținutului acesteia. Netransmiterea propunerilor în termenul stabilit se consideră a fi acordul tacit al membrilor cu privire la conținutul minutei.

9.2. Minuta ședinței va fi semnată de toți membrii titulari/ delegați/ împuterniciți/ înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință și, ulterior, se va înregistra.

9.3. Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin hotărâri ale grupului de lucru sau a înlocuitorilor legali ai acestuia, se face de către personalul din secretariatul respectivului grup, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de grupul de lucru să nu fie înăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a grupului de lucru sau a înlocuitorilor legali ai acestuia, se face de către personalul din secretariatul grupului de lucru, imediat după emiteria procesului verbal de ședință.

9.4. În sensul celor menționate la punctul 9.3., secretarul grupului de lucru aduce – personal la cunoștința responsabililor nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora – hotărârile grupului de lucru, ca extras din minută. În paralel, respectivul extras din minută se transmite de către secretarul grupului de lucru și pe adresele de e-mail interne ale structurilor din care fac parte fiecare dintre responsabilii nominalizați prin hotărârile respectivului grup.

9.5. Responsabilii nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora, stabiliți în baza hotărârilor grupului de lucru, au obligația de a lua la cunoștință de respectivele hotărâri prin semnătură olografă pe extrasul din minută al grupului de lucru, într-un tabel nominal anexat la minuta respectivă. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile grupului de lucru, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit Regulamentului Intern al spitalului.

9.6. În situația în care secretarul grupului de lucru, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștința unui responsabil nominalizat prin hotărâre a Grupului de lucru sau înlocuitor legal al acestuia, una dintre hotărârile grupului, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivului grup.

10. Președintele Grupului de lucru asigură instruirea membrilor Grupului de lucru cu privire la aspectele conceptuale și metodologice specifice managementului riscurilor de corupție, în cadrul primei ședințe, precum și asistență și îndrumare, ori de câte ori vor fi solicitări din partea membrilor.

11. Membrii Grupului de lucru identifică activitățile desfășurate în cadrul structurilor proprii care pot conduce la apariția unei fapte de corupție și care pot afecta îndeplinirea obiectivelor spitalului.

11.1. Identificarea și descrierea riscurilor constau în evidențierea amenințărilor și vulnerabilităților potențiale la corupție, în succesiunea de evenimente care ar putea conduce la săvârșirea unei fapte de corupție de către personal din cadrul spitalului.

11.2. Pentru selectarea amenințărilor ce urmează a fi gestionate în cadrul Grupului de lucru, se vor avea în vedere următoarele:

a) vulnerabilitățile reale (confirmate) legate de specificul activităților, de competența ori responsabilitatea personalului;

b) vulnerabilitățile potențiale, care trebuie conștientizate și monitorizate.

(4) În vederea identificării și evidențierii riscurilor sau vulnerabilităților de corupție, membrii Grupului de lucru utilizează și chestionare, conform modelului din Anexa nr. 4 la prezentul Regulament, aplicate tuturor persoanelor cu funcții de conducere și cel puțin unui procent de 25% din persoanele cu funcții de execuție.

12. Grupul de lucru gestionează riscurile de corupție identificate în cadrul organizației, prin parcurgerea următoarelor etape:

- a) estimarea probabilității de materializare a riscurilor de corupție;
- b) estimarea impactului;
- c) determinarea expunerii la risc;
- d) clasificarea și ordonarea riscurilor de corupție;
- e) determinarea priorității de intervenție;
- f) stabilirea măsurilor de intervenție.

13. Activitatea membrilor Grupului de lucru în cadrul ședințelor ordinare sau extraordinare presupune parcurgerea etapelor de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, precum și stabilirea măsurilor de intervenție, conform celor prevăzute în capitolul III al HG 599/2018.

14. **Evaluarea riscurilor de corupție** se realizează în scopul fundamentării deciziei referitoare la prioritatea de stabilire a măsurilor de prevenire/control, prin estimarea nivelurilor de probabilitate și impact asupra rezultatelor așteptate și a prestației profesionale a personalului.

14.1. Grupul de lucru evaluează riscurile de corupție identificate, întocmind pentru fiecare dintre acestea un formular de evaluare a riscurilor de corupție, cu structura prevăzută în anexa nr. 2 la prezentul regulament.

15. **Estimarea probabilității de materializare a riscurilor de corupție** se realizează prin aprecierea șanselor de materializare a riscurilor de corupție în cadrul activităților structurilor spitalului, utilizând analizele și informațiile colectate în etapa de identificare și descriere a riscurilor.

15.1. În scopul celor prevăzute la alin. (1), membrii Grupului de lucru determină nivelul de probabilitate utilizând o scală de la 1 la 3, acesta fiind înscris, ulterior, de către secretariat, în formularul de evaluare prevăzut în anexa nr. 2 la prezentul Regulament.

15.2. În vederea completării formularului, președintele supune la vot valorile ce urmează a fi înscrise în formular. Se consideră validă valoarea corespunzătoare nivelului de probabilitate care a fost votată identic de către majoritatea simplă a membrilor prezenți.

15.3. Membrii Grupului de lucru care au propus valori diferite față de majoritate își pot argumenta în scris opțiunile, prin descrierea cauzelor sau vulnerabilităților care determină sau ar putea determina respectivul risc.

16. **Estimarea impactului în situația materializării riscurilor de corupție** de către membrii Grupului de lucru constă în măsurarea efectelor materializării unui risc de corupție și se realizează prin stabilirea și aplicarea unitară a unor indicatori, având la bază prevederile art. 14 din Anexa 1 și Anexa nr. 3 la HG 599/2018.

16.1. În situația în care membrii Grupului de lucru evaluează diferit în formulare indicele corespunzător impactului în situația materializării riscurilor, se vor parcurge pașii, similar etapei de estimare a probabilității de materializare a riscurilor de corupție, descriși la pct. 15.

17. **Determinarea nivelului expunerii la riscuri** se realizează în conformitate cu prevederile dispoziției art. 15 din HG 599/2018.

17.1. Utilizând scala de evaluare a expunerii la riscurile de corupție, conform anexei nr. 3 la prezentul Regulament, membrii Grupului de lucru stabilesc prioritatea de intervenție, pe care secretariatul consemnează în formularul de evaluare a riscurilor de corupție.

18. **Clasificarea și ordonarea riscurilor de corupție** precum și **stabilirea măsurilor de intervenție** se realizează și se consemnează în Registrul riscurilor de corupție, în ordine descrescătoare, în funcție de nivelul de expunere.

19. Pe baza activităților reglementate în prezentul regulament, Grupul de lucru întocmește Registrul riscurilor de corupție, având formatul prevăzut în anexa nr. 4 la HG 599/2018.

19.1. Registrul riscurilor de corupție constituie sinteza informațiilor și deciziilor pentru diminuarea ori controlul riscurilor de corupție ce pot afecta realizarea obiectivelor stabilite pentru instituție, reflectând circumstanțele concrete și, în același timp, atitudinea conducerii față

de riscuri.

19.2. Actualizarea registrului riscurilor de corupție se va face ori de câte ori este nevoie, la inițiativa/propunerea Grupului de lucru.

20. Grupul de lucru reevaluează anual riscurile de corupție identificate, inclusiv în ceea ce privește estimarea probabilității și a impactului, precum și a măsurilor de intervenție adoptate și, după caz, necesitatea unor măsuri suplimentare.

21. Componenta Grupului de lucru se înscrie în decizie a managerului spitalului.

22. Documentele elaborate de Grupul de lucru vor fi înregistrate la registratura spitalului, prin grija secretariatului și vor fi constituite în unități arhivistice anual, conform dispozițiilor legale în vigoare.

23. Prezentul regulament se aprobă, prin votul membrilor Grupului de lucru cu respectarea prevederilor pct. 8.

23.1. Orice eventuale propuneri de modificare și completare ulterioară a regulamentului se analizează în cadrul ședințelor și se introduc, după aprobare, în conținutul acestuia, prin grija secretariatului.

24. Anexele 1-4 fac parte integrantă din prezentul regulament.

## **Anexa nr. 1 la Regulamentul Grupului de lucru**

ANTET SPITAL

**A P R O B**  
**PREȘEDINTELE GRUPULUI DE LUCRU AL**  
**SPITALULUI \_\_\_\_\_**

### **MINUTA ȘEDINȚEI**

**Grupului de lucru constituit în vederea aplicării Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție, din data \_\_\_\_\_**

**1. Activitatea:** instructajul membrilor Grupului de lucru, aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Grupului de lucru, analiza, evaluarea, constituirea Registrului riscurilor de corupție;

**2. Scop:** identificarea, evaluarea, întocmirea și actualizarea Registrului riscurilor de corupție al Spitalului Orășenesc Jibou "Dr. Traian Herța".

**3. Data:** \_\_\_\_\_, orele \_\_\_\_\_.

**4. Participanți:** .....

**5. Subiecte abordate:**

- a. termenii de referință ai grupului de lucru;
- b. actele normative care constituie baza legală a desfășurării ședinței Grupului de lucru;
- c. scopul și obiectivele grupului de lucru;
- d. algoritmul de evaluare a riscurilor de corupție;
- e. responsabilitățile membrilor grupului de lucru;
- f. puncte de vedere formulate de participanți;
- g. calendarul activităților desfășurate în cadrul grupului de lucru;
- h. discuții diverse.

**6. Prezentarea pe scurt a discuțiilor**

Activitatea a fost deschisă de președintele Grupului de lucru, \_\_\_\_\_:

- scurtă prezentare privind scopul, modul de desfășurare și obiectivele principale ale ședinței;
- programul ședinței;
- sublinierea importanței managementului riscurilor de corupție în cadrul spitalului ;
- necesitatea cooperării intrainstituționale în scopul identificării, evaluării, stabilirii măsurilor de intervenție, completării și actualizării Registrului riscurilor de corupție, precum și a monitorizării și revizuirii riscurilor de corupție;
- .....

La punctul a: ...(descrierea pe scurt a termenilor de referință);

La punctul b: ...(enumerarea actelor normative care reglementează activitatea Grupului de lucru.

La punctul c: ...(enumerarea scopului și a obiectivelor ședinței Grupului de lucru);

La punctul d: ...(descrierea metodologiei de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul spitalului);

La punctul e: ...(enumerarea responsabilităților membrilor Grupului de lucru);

La punctul f: ...(descrierea pe scurt a observațiilor formulate de participanți);

La punctul g: ...( secretariatul a prezentat propunerea președintelui Grupului de lucru privind calendarul activităților desfășurate în cadrul ședinței, cu accent pe:

- .....
- .....
- .....

## 7. Sarcini rezultate

- transmiterea membrilor grupului de lucru a următoarelor documente:
  - minuta ședinței în format electronic către toți membrii
  - .....

Răspunde: secretariatul Grupului de lucru;

Termen: \_\_\_\_\_.

- Întocmirea raportului adresat managerului, în vederea aprobării Registrului riscurilor de corupție:

Răspunde: .....

Termen: secretariatul Grupului de lucru..

Următoarea ședință se va desfășura în data de \_\_\_\_\_, **sala** \_\_\_\_\_, **ora** \_\_\_\_\_ sau în baza transmiterii din partea secretariatului Grupului de lucru, a unei notificări de participare, tuturor membrilor.

**SECRETARUL GRUPULUI DE LUCRU**

\_\_\_\_\_

## Anexa nr. 2 la Regulamentul Grupului de lucru

### EVALUAREA RISCURILOR DE CORUPȚIE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Denumire Spital:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| Denumire structură:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| Activitatea vulnerabilă:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| Data elaborării:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Secretariatul Grupului de lucru                 |                                                                | Data revizuirii:                  |                                                       |
| Descrierea riscului (amenințarea):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| Categorii de personal expuse riscului:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| <p style="text-align: center;">Cauze/Vulnerabilități ce determină riscul:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cauze din domeniul reglementărilor:</li> <li>- slăbiciuni la nivelul capacității de prevenire/control al riscului:</li> <li>- surse de amenințare:</li> <li>- particularități privind cultura organizațională și caracteristici privind resursele umane:</li> </ul> |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| Efectele/Consecințele probabile la nivelul obiectivelor/activităților structurii:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |
| Riscul/amenințarea identificată                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Probabilitate de materializare(P) <sup>12</sup> | Impactul în situația materializării riscului <sup>13</sup> (I) | Nivel de expunere la risc (P x I) | Prioritatea de intervenție (1, 2 sau 3) <sup>14</sup> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |                                                                |                                   |                                                       |

| Măsuri de prevenire/control existente, aplicate în prezent | Eficiența măsurilor |
|------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.                                                         |                     |
| 2.                                                         |                     |
| n.                                                         |                     |

| Măsuri suplimentare propuse pentru prevenirea/controlul riscului | Responsabil de risc |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.                                                               |                     |
| 2.                                                               |                     |
| n.                                                               |                     |

**VĂZUT**  
**PREȘEDINTELE GRUPULUI DE LUCRU**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>12</sup> Se acordă o valoare de la 1 la 3 conform Anexei nr. 3 la dispoziție.

<sup>13</sup> Se acordă o valoare de la 1 la 3 conform Anexei nr. 4 la dispoziție.

<sup>14</sup> Prioritatea de intervenție pentru prevenirea și controlul riscului se stabilește prin raportare la nivelul de expunere, astfel: prioritatea 1 corespunzătoare nivelului de expunere cu valoarea 9 = riscuri înalte, prioritatea 2 corespunzătoare nivelului de expunere cu valori cuprinse în intervalul 4 - 6 = riscuri moderate, prioritatea 3 corespunzătoare nivelului de expunere cu valori cuprinse în intervalul 1 - 3 = riscuri minore.

### Scala evaluării expunerii la riscurile de corupție

Scala evaluării expunerii la risc are 6 valori (1, 2, 3, 4, 6, 9), rezultate din înmulțirea valorii impactului (I) cu valoarea probabilității (P) și se reprezintă grafic astfel:

|            |              |                   |             |               |
|------------|--------------|-------------------|-------------|---------------|
| IMPACT (I) | RIDICAT<br>3 | 3<br>VERDE        | 6<br>GALBEN | 9<br>ROȘU     |
|            | MEDIU<br>2   | 2<br>VERDE        | 4<br>GALBEN | 6<br>GALBEN   |
|            | SCĂZUT<br>1  | 1<br>VERDE        | 2<br>VERDE  | 3<br>VERDE    |
|            |              | SCĂZUTĂ<br>1      | MEDIE<br>2  | RIDICATĂ<br>3 |
|            |              | PROBABILITATE (P) |             |               |

### CHESTIONAR

**pentru identificarea amenințărilor/riscurilor de corupție (ghid de interviu pentru conducerea structurii/componentelor, exclusiv coordonatorii unităților de muncă)**

|                        |
|------------------------|
| Data:                  |
| Structură:             |
| Unitate de muncă/post: |

|                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La ce amenințări/riscuri de corupție considerați că sunteți expus dumneavoastră ori colegii în cadrul activității?                                                                                                      |
| .....                                                                                                                                                                                                                   |
| .....                                                                                                                                                                                                                   |
| .....                                                                                                                                                                                                                   |
| Ce vulnerabilități la corupție ar putea exista în planul reglementării, planificării, organizării, desfășurării și controlului activității dumneavoastră ori în cel al formării sau instruirii dumneavoastră/colegilor? |
| .....                                                                                                                                                                                                                   |
| .....                                                                                                                                                                                                                   |
| .....                                                                                                                                                                                                                   |

Care credeți că ar fi probabilitatea ca aceste vulnerabilități să se manifeste în cazul existenței unui interes de săvârșire a unei fapte de corupție? *(alegeți un singur răspuns și argumentați).*

☐ înaltă, deoarece

☐ medie, deoarece

☐ scăzută, deoarece

Cum ar putea acționa, ce demersuri ar trebui să întreprindă ori ce modalități concrete ar putea utiliza cineva interesat să exploateze aceste vulnerabilități pentru a săvârși o faptă de corupție?

Ce efecte ar putea avea în activitatea dumneavoastră materializarea riscurilor de corupție (săvârșirea unei fapte de corupție)?

Ce măsuri sunt aplicate actualmente pentru eliminarea sau controlul riscurilor de corupție?

Pentru a preveni materializarea riscurilor de corupție, ce soluții/măsuri credeți că sunt posibile/aplicabile în domeniul dumneavoastră de activitate?

Au existat cazuri de corupție (ori suspiciuni de acest gen) în cadrul domeniului de activitate gestionat sau în domenii de activitate similare, din alte instituții?

Au încercat terți să influențeze deciziile vreunui angajat al structurii?

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Conducerea este la curent cu eventuale acuzații de corupție care afectează instituția, un domeniu specific de activitate, anumite categorii de personal ori chiar angajați precis identificabili ( <i>prin intermediul modalităților de comunicare formală sau informală cu actuali sau foști angajați, cu reprezentanții organelor de control intern, cu beneficiari interni sau externi ai serviciilor publice furnizate de către instituție</i> ). |
| .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Este asigurată transparența procesului de adoptare a deciziilor, prin operațiuni de verificare, raportare și alocare explicită a responsabilităților sau prin furnizarea unei documentații complete și clare?                                                                                                                                                                                                                                         |
| .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Există cerința de a ține o evidență clară, scrisă, a procesului de adoptare a deciziei, care să poată fi verificată de către o autoritate de auditare ori control?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Precizați specificul programelor ori măsurilor de control stabilite și puse în practică pentru a elimina/reduce riscurile specifice de corupție pe care unitatea le-a identificat, precum și modul în care aceasta monitorizează și reevaluează aceste programe și controale.                                                                                                                                                                         |
| .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Precizați, pentru o structură având mai multe locații de desfășurare a activității:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 1. natura și amploarea activității de monitorizare a locațiilor sau a segmentelor de activitate operaționale<br>.....<br>2. dacă există locații sau segmente de activitate în cazul cărora este mult mai probabil ca riscurile de corupție să existe/să se manifeste<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                |
| Dacă și în ce modalități concrete, conducerea comunică angajaților punctele sale de vedere ori așteptările cu privire la practicile corecte de lucru și comportamentul etic ( <i>riscurile de corupție sunt sensibil reduse atunci când managementul demonstrează și comunică importanța valorilor și a comportamentului etic</i> ).                                                                                                                  |
| .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### **Regulament de organizare și funcționare al Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale**

În aplicarea prevederilor *O.M.S. nr. 1101 din 07.10.2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale*, Anexa nr. 1, Capitolul I, punctul 3 și Capitolul II punctul 1, la nivelul spitalului funcționează Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- a) Coordonatorul Compartimentului de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (CSPLIAAM) - președinte,
- b) Directorul medical,
- c) Medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor sau medicul clinician care a absolvit un curs de perfecționare profesională în domeniu, desemnat prin decizie managerială
- d) Asistentul medical șef pe spital
- e) Farmacistul șef
- f) Șeful laboratorului de analize medicale
- g) Toți șefii de secție/compartimente medicale.
- h) Un asistent medical din cadrul SPIAAM va asigura atribuții de secretariat.

Înființarea și funcționarea Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

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

Obiectivele Comitetului de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale:

- a) creșterea interesului personalului medical pentru depistarea, declararea și în final, reducerea infecțiilor;
- b) cunoașterea prevalenței și descrierea distribuției infecțiilor asociate asistenței medicale pe secții/compartimente și tipuri de infecție, precum și monitorizarea tendințelor;
- c) identificarea zonelor care necesită programe de prevenire intensive și susținute, precum și evaluarea impactului implementării programelor preventive

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

- a) Ședințele trimestriale vor avea loc în a doua săptămână a unui trimestru pentru trimestrul anterior;
- b) Convocarea trimestrială se va realiza în scris sau format electronic, prin intermediul Compartimentului SPLIAAM, cu cel puțin 3 zile înainte de data desfășurării. În adresa CSPLIAAM se vor preciza: data, ora, locul unde se va desfășura întrunirea și ordinea de zi;
- c) Ședințele extraordinare se organizează la nevoie (în situații deosebite) pentru analiza situației epidemiologice din unitatea sanitară;
- d) Prezența la ședință a membrilor grupului de lucru este obligatorie, iar în cazul în care un membru nu poate participa din motive bine întemeiate se va desemna un alt înlocuitor.

e) În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale grupului de lucru, membrii sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line;

f) Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale este legal întrunit dacă sunt prezenți jumătate plus unul din membrii acestuia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

g) În situația în care coordonatorul CSPLIAAM se află în imposibilitatea de a convoca Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale (concediu de odihnă, concediu medical, etc) convocarea se va realiza de către directorul medical, care va avea în aceste condiții, calitatea de președinte a comitetului;

h) Dezbaterile Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale se vor consemna într-un proces verbal al ședinței întocmit de secretarul comitetului, care va fi semnat de toți membrii prezenți la ședință.

i) Procesul-verbal al Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale va fi înaintat către Comitetul director al spitalului, acesta urmând să ia decizii de nominalizare a responsabilităților, responsabililor și termenelor de implementare a propunerilor formulate de către Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, după caz.

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

a) Analizează următoarele:

- i. activitatea de supraveghere, prevenire și raportare a IAAM;
- ii. situația privind infecțiile asociate asistenței medicale depistate în unitatea sanitară (rata incidenței, distribuția pe secții, distribuția pe tipuri de infecții, distribuția pe grupe de vârstă, etiologia infecțiilor, etc.);
- iii. gradul de depistare și raportarea la timp a IAAM, întocmirea Registrului Unic al Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (RUIAAM);
- iv. circulația microorganismelor patogene și nepatogene depistate în cadrul autocontrolului bacteriologic;
- v. cazurile de expunere accidentală la produse biologice înregistrate pe fiecare secție/compartiment;
- vi. aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM - semestrial;
- vii. aplicarea măsurilor de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale care trebuie implementate și respectate de vizitatori;
- viii. modul în care se respectă precauțiunile standard și specifice la nivelul unității sanitare;
- ix. aplicarea măsurilor de vaccinare a personalului medico-sanitar (Hepatită, Gripă, etc.);
- x. realizarea acțiunilor de control intern realizate de CSPLIAAM, dar și de control extern din partea instituțiilor abilitate (analiza proceselor-verbale constatatoare și analiza eventualelor sancțiuni);
- xi. aplicarea în activitatea curentă a standardelor de sterilizare, respectiv a condițiilor de igienă privind cazarea și alimentația pe perioada îngrijirilor acordate pacienților (cerința ANMCS) – anual;
- xii. condițiile de desfășurare a activităților de supraveghere și prevenire a infecțiilor cât și a dotării tehnico-materiale necesare evitării și diminuării riscurilor infecțioase.

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

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

d) Răspunde de raportarea ca eveniment advers a IAAM către D.S.P. de la nivel local și ANMCS și de aplicarea măsurilor imediate de limitare a acestora;

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

- f) Evaluează respectarea Precauțiunilor standard – măsuri minime obligatorii pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale;
- g) Coordonează măsurile de prevenire a IAAM care trebuie implementate și respectate de vizitatori și personalul spitalului;
- h) Elaborează un plan de acțiune în cazul apariției unor focare epidemice de infecție;
- i) În ceea ce privește politica de utilizare a antibioticelor
  - i. analizează lunar cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente, în ședințe extraordinare;
  - ii. prin farmacistul șef se asigură informarea Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, în ședințele trimestriale ale acestuia, privind consumul de antibiotice din cadrul spitalului pe baza analizelor/informărilor privind respectivul consum prezentate lunar în ședințele Consiliului medical.
  - iii. în cazul în care se constată un consum nejustificat de antibiotice, Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale face propuneri scrise privind politica de antibioticoterapie în spital către Comitetul director, după analiza acestora în Consiliul medical.
  - iv. stabilește lista de antibiotice esențiale care să fie disponibile în mod permanent în spital;
  - v. stabilește lista de antibiotice care se eliberează doar cu avizare din partea medicului de boli infecțioase sau medicului responsabil de politica de utilizare a antibioticelor din cadrul SPIAAM;
  - vi. evaluează consumul de antibiotice în unitatea sanitară;
  - vii. evaluează modul de utilizare a antibioticelor la nivelul secțiilor, consumul de antibiotice pe fiecare dintre secții și pe fiecare dintre medici, în baza informărilor primite din partea farmaciei cu circuit închis a spitalului.
- j) Face propuneri privind Lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antibioretistența analizată
- k) Propune evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioretistența
- l) Propune Lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibioretistența analizată;
- m) În partea care privește activitatea de instruire și dezvoltare profesională a personalului medical privind prevenirea infecțiilor:
  - i. evaluează impactul programelor de instruire tematică privind prevenirea infecțiilor la nivelul unității sanitare;
  - ii. conștientizează nevoia de cunoaștere a programelor de prevenire a infecțiilor și ajută la implementarea acestora la nivelul unității sanitare.

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților**

1. În temeiul prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale art. 4 pct. 9 și art. 5 alin. (1) pct. 16 din Anexa nr. 1 la O.M.S. 1348/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public, Comitetul director al spitalului a aprobat înființarea Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților<sup>15</sup>, a cărei atribuții, responsabilități, mod de organizare și funcționare, sunt prevăzute în prezentul regulament.

1.1. Înființarea la nivelul apitalului a C.C.I.M.C.S.S.P., se face în scopul implementării în cadrul acestuia a indicatorului 01.07.03.02.02<sup>16</sup> din cadrul Listei de verificare nr. 6 - Managementul calității (atribuțiile SMC) - anexă la Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate în cadrul celui de-al doilea Ciclu de acreditare a spitalelor și a prevederilor aplicației CaPeSaRo a spitalului, pusă la dispoziție de către Autoritatea Națională de Management al Calității, care sugerează existența la nivelul spitalului, a unei echipe de coordonare a implementării standardelor de acreditare la nivelul fiecărui sector de activitate din cadrul US, al cărei atribuții sunt necesar să se regăsească în ROF-ul spitalului.

1.2. În vederea îndeplinirii atribuțiilor proprii, C.C.I.M.C.S.S.P. va avea în vedere în permanență:

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

2. C.C.I.M.C.S.S.P. este formată din personalul nominalizat prin decizie managerială care încadrează funcții de șefi, este împuternicit/delegat sau coordonează următoarele structuri din organigrama spitalului:

- **președinte:** Director RUNOS
- **membrii**
  - Șef RUNOS;
  - Comp. achiziții și contractări;
  - Cons. juridic;
  - Financiar-contabil;
  - Compartiment statistică medicală;
  - Camera de garda;
  - Secția medicină internă;
  - Secția Pneumologie ;
  - Secția Pediatrie;
  - Spitalizare de zi;
  - Laboratorul analize medicale;
  - Laboratorul radiologie și imagistică medicală;
  - Compartimentul prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale;
  - Farmacie;

- Ambulatoriul integrat;
- Administrativ.
- **secretar:** Șeful Compartimentului managementul calității serviciilor de sănătate<sup>17</sup>.

2.1. Fiecare din membrii *C.C.I.M.C.S.S.P.* va desemna – la nevoie - un înlocuitor care, în lipsa titularului, va îndeplini atribuțiunile care-i revin în calitate de membru al *C.C.I.M.C.S.S.P.*

3. *C.C.I.M.C.S.S.P.* își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor **reguli**:

a) Modul de organizare și de lucru ale *C.C.I.M.C.S.S.P.* se află în responsabilitatea președintelui acestuia și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.

b) *C.C.I.M.C.S.S.P.* se întrunește, de regulă, lunar, în ședință ordinară, pentru promovarea/ implementarea/ dezvoltarea sistemelor de management al calității și a îmbunătățirii stadiului de implementare al acestora.

c) Din dispoziția managerului, de regulă la propunerea personalului din *C.M.C.S.S.*, *C.C.I.M.C.S.S.P.* se întrunește în ședințe extraordinare pentru soluționarea unor situații neconforme care determină diminuarea calității serviciilor și siguranței pacienților.

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

e) Oricare dintre membrii *C.C.I.M.C.S.S.P.* poate contribui cu propuneri la stabilirea ordinii de zi a ședințelor ordinare, în acest sens având obligația de a contacta secretarul *C.C.I.M.C.S.S.P.*, anterior termenului stabilit la lit. d).

f) *C.C.I.M.C.S.S.P.* este legal întrunită dacă sunt prezenți este cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor cu drept de vot ai acesteia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

g) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele *C.C.I.M.C.S.S.P.*, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora.

h) Lucrările *C.C.I.M.C.S.S.P.* sunt conduse de președintele comisiei.

i) Prezența la ședință a membrilor *C.C.I.M.C.S.S.P.* este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al *C.C.I.M.C.S.S.P.* nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectiva).

j) În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale *C.C.I.M.C.S.S.P.*, membrii sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.

k) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a *C.C.I.M.C.S.S.P.*, secretarul acestuia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

l) Lucrările fiecărei ședințe a *C.C.I.M.C.S.S.P.* se vor consemna într-un proces-verbal de ședință, tehnoredactat prin grija secretarului *C.C.I.M.C.S.S.P.*, care se va înregistra și va fi semnat de toți membrii titulari/ delegați / împuterniciți / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință și, care va fi înaintat managerului spitalului, în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare

m) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a *C.C.I.M.C.S.S.P.* sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acestuia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de *C.C.I.M.C.S.S.P.* să nu fie înăuntrul termenului de aducere la cunoștință.

<sup>17</sup> Denumit în continuare: *C.M.C.S.S.*

Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a C.C.I.M.C.S.S.P. sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

n) Luarea la cunoștință a deciziilor C.C.I.M.C.S.S.P. de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe procesul verbal al C.C.I.M.C.S.S.P., într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile C.C.I.M.C.S.S.P., constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului

o) În situația în care secretarul C.C.I.M.C.S.S.P., din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștința unui responsabil nominalizat prin decizie a C.C.I.M.C.S.S.P. sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivei comisii.

## **5. Atribuțiile și responsabilitățile C.C.I.M.C.S.S.P. sunt următoarele:**

### **5.1. În etapa de pregătire a evaluării în vederea acreditării unității sanitare:**

a) Analizează, cel puțin semestrial, modul de completare de către responsabili de liste de verificare a Fișei de autoevaluare (FAE) și a Fișei de autoevaluare 2 (FAE 2) necesare desfășurării etapei de pregătire a evaluării unității sanitare;

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

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

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

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

f) Analizează neconformitățile constatate în derularea activităților de către oricare dintre membrii C.C.I.M.C.S.S.P. și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;

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

h) Prin membrii săi, pune la dispoziția C.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii diferitelor analize sugerate de indicatorii aferenți listelor de verificare;

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

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

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

l) Poate propune anual sau ori de câte ori se constată necesar, evaluarea punctuală de către C.M.C.S.S., a nivelului de conformitate a respectării unor proceduri și protocoale aprobate, de la nivelul oricăroră dintre sectoarele de activitate din spital, în a căror implementare s-au constatat neregularități;

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

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

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

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

q) Monitorizează prin membrii săi condițiile de obținere/menținere a tuturor certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate în toate sectoarele de activitate ale spitalului și, face propuneri concrete în acest sens către Consiliul medical;

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

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

t) La solicitarea conducerii spitalului, asigură interfața necesară elaborării de protocoale/înțelegeri scrise între secții privind asistența medicală, consultului interdisciplinar, etc.;

u) Face propuneri concrete privind asigurarea cu resurse de către conducerea spitalului pentru realizarea fiecărui obiectiv din Planul anual de îmbunătățire al calității și siguranței pacienților;

v) La solicitarea conducerii spitalului, realizează anual analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție, pe care o transmite Consiliului medical;

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

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

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

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

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

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

**5.2. În etapa de previzită** (coordonată de către *Comisia de evaluare a spitalului*<sup>18</sup> nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S.), *C.C.I.M.C.S.S.P.* pune la dispoziția personalului din *C.M.C.S.S.*, toate documentele/informațiile necesare a fi încărcate în aplicația CaPeSaRo, documentele obligatorii solicitate (DOS), precum și a eventualelor documente suplimentare necesare desfășurării procesului de evaluare și acreditare (DS);

**5.3. În perioada vizitei propriu-zise la spital** a *C.E.* nominalizată prin Ordin al președintelui A.N.M.C.S., membrii *C.C.I.M.C.S.S.P.* au următoarele obligații:

- a) să participe la ședințele de deschidere, informare zilnică și informare finală;
- b) se pun de acord în ceea ce privește programul de evaluare împreună cu membrii *C.E.* pentru a nu perturba buna desfășurare a activității spitalului;
- c) pun la dispoziție toate documentele necesare validării conformității cu indicatorii, cerințele și criteriile standardelor de acreditare, asigurând o cooperare pro-activă cu membrii *C.E.*;

d) transmit secretarului *C.E.* toate documentele solicitate în format scris sau electronic;

e) gestionează și aplanează eventualele situații tensionate determinate de vizita *C.E.*

**5.4. În perioada de postvizită**, membrii *C.C.I.M.C.S.S.P.* au următoarele obligații:

a) Face propuneri privind formularea de către spital, în scris, în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea proiectului de raport de evaluare, a obiecțiunilor cu privire la unele aspecte cuprinse în acesta, dacă este cazul;

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

**5.5. În perioada dintre finalizarea etapei de postvizită și finalizarea Ciclului de acreditare**, membrii *C.C.I.M.C.S.S.P.* au următoarele obligații:

a) Sprijină personalul din *C.M.C.S.S.* în procesul de implementare și menținere a funcționalității unui sistem de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului

6. În scopul luării la nivelul Spitalului a măsurilor necesare armonizării relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați, care presupune implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social, procesul-verbal de ședință va fi postat pe serverul spitalului în folderul dedicat *C.C.I.M.C.S.S.P.*, prin grija secretarului acesteia.

---

<sup>18</sup> Denumită în continuare: *C.E.*

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

8. Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii *C.C.I.M.C.S.S.P.* și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.

## **Regulament de organizare și funcționare al Consiliului etic**

### **1. Reglementarea activității Consiliului etic are ca principale scopuri:**

- a) Adecvarea activităților desfășurate de către Consiliul etic așa cum sunt acestea prevăzute în normele legale incidente în vigoare, la specificul proceselor și activităților subsecvente acestora care se desfășoară la nivelul spitalului;
- b) Se asigură posibilitatea tuturor angajaților spitalului de a lua act de rolul, importanța și activitățile desfășurate de către Consiliul etic în cadrul spitalului.
- c) Elimină/tratează riscurile existente în Registrul de riscuri pentru activitatea care face obiectul prezentei reglementări.

2. **Constituirea Consiliului etic** se realizează conform prevederilor Art. 3 din *OMS nr. 1502/2016 pentru aprobarea componentei și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice*<sup>19</sup>.

3. După alegerea și desemnarea prin vot a membrilor permanenți și a membrilor supleanți ai Consiliului etic se organizează o ședință de constituire. Aceasta este prezidată de către cel mai vîrstnic membru ales, cu participarea atât a membrilor permanenți cât și a membrilor supleanți. În cadrul ședinței de constituire, se prezintă membrii permanenți și supleanți, responsabilitățile acestora, atribuțiile Consiliului etic și actul normativ de reglementare și se alege președintele conform art. 7 din OMS 1502/2016.

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

5. În situația retragerii sau excluderii unui membru, managerul are obligația de a demara procedurile pentru completarea componentei Consiliului etic, conform art. 4

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

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

8. Consiliul etic se întrunește lunar sau, sau ori de câte ori apar noi sesizări ce necesită analiza de urgență, la convocarea managerului, a președintelui consiliului sau a cel puțin 4 dintre membrii acestuia, cu respectarea următoarelor **reguli**:

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

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

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

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

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

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

g) În situația în care speța supusă analizei implica o problemă ce vizează structura de care aparține unul dintre membrii Consiliului etic sau membrul are legături directe sau indirecte, de natură familială, ierarhică ori financiară, cu persoanele fizice sau juridice implicate în speța supusă analizei Consiliului, acesta se suspendă, locul său fiind preluat de către supleant. În cazul

---

<sup>19</sup> Denumit în continuare: Ordinul 1502/2016

în care și supleantul se găsește în aceeași situație de incompatibilitate, acesta se suspendă, speța fiind soluționată fără participarea celor doi, cu respectarea cvorumului.

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

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

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

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

#### **9. Consiliul etic are, în principal, următoarele atribuții:**

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

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

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

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

i. Cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient - cadru medico-sanitar și auxiliar din cadrul spitalului, prevazute în legislația specifică;

ii. Încălcarea drepturilor pacienților de către personalul medico-sanitar și auxiliar, prevazute în legislația specifică;

iii. Abuzuri săvârșite de către pacienți sau personalul medical asupra personalului medico-sanitar și auxiliar, prevazute în legislația specifică;

iv. Nerespectarea demnității umane;

e) Emite avize etice, ca urmare a analizei situațiilor definite de lit. d);

f) Sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții spitalului sau de către petent;

g) Sesizează colegiul medicilor ori de câte ori consideră că aspectele unei spețe pot face obiectul unei situații de malpraxis;

h) Asigură informarea managerului și a compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății privind conținutul avizului etic. Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor stabilite de avizul etic;

i) Întocmește conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;

j) Emite hotărâri cu caracter general ce vizează spitalul;

k) Aprobă conținutul rapoartelor întocmite semestrial și anual de secretarul consiliului etic;

l) Analizează trimestrial rezultatele implementării mecanismului de feedback al pacientului în baza rapoartelor de pe pagina web [transparenta.ms.ro](http://transparenta.ms.ro), administrată de Ministerul Sănătății și dezvoltată și întreținută de STS;

m) Analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al spitalului și face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;

n) Analizează din punctul de vedere al vulnerabilităților etice și de integritate și al respectării drepturilor pacienților și oferă un aviz consultativ comisiei de etică din cadrul spitalului, pentru fiecare studiu clinic desfășurat în cadrul spitalului;

o) Oferă, la cerere, consiliere de etică pacienților, aparținătorilor, personalului medico-sanitar și auxiliar.

**10. Atribuțiile președintelui Consiliului etic sunt următoarele:**

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

**11. Atribuțiile secretarului Consiliului etic sunt următoarele:**

- a) Deține elementele de identificare - antetul și ștampila Consiliului etic - în vederea avizării și transmiterii documentelor;
- b) Asigură redactarea documentelor, înregistrarea și evidența corespondenței, a sesizărilor, hotărârilor și avizelor de etică;
- c) Introduce sesizările primite în sistemul informatic securizat al Ministerului Sănătății, în termen de o zi lucrătoare de la înregistrarea acestora, și asigură informarea, după caz, a membrilor Consiliului etic și a managerului spitalului prin mijloace electronice, cu privire la acestea;
- d) Realizează, gestionează și actualizează baza de date privind sesizările, avizele, hotărârile Consiliului etic și soluționarea acestora de către manager;
- e) Informează președintele cu privire la sesizările primite în vederea convocării Consiliului etic;
- f) Convoacă membrii Consiliului etic ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui, cu cel puțin două zile lucrătoare înaintea ședințelor;
- g) Asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal;
- h) Întocmește procesele-verbale ale ședințelor Consiliului etic;
- i) Asigură trimestrial informarea membrilor Consiliului etic și a managerului spitalului cu privire la rezultatele mecanismului de feedback al pacientului, atât prin comunicare electronică, cât și prezentarea rezultatelor în cadrul unei ședințe;
- j) Asigură postarea lunară pe site-ul spitalului a informațiilor privind activitatea Consiliului etic (lista sesizărilor, a avizelor și hotărârilor etice, rezultatul mecanismului de feedback al pacientului);
- k) Formulează și/sau colectează propunerile de îmbunătățire a activității Consiliului sau spitalului și le supune aprobării Consiliului etic;
- l) Întocmește raportul semestrial al activității desfășurate, în primele 7 zile ale lunii următoare semestrului raportat, și îl supune avizării președintelui și ulterior aprobării managerului;
- m) Întocmește raportul anual al activității desfășurate și Anuarul etic, în primele 15 zile ale anului următor celui raportat, și îl supune avizării președintelui și aprobării managerului;
- n) Pune la dispoziția angajaților Anuarul etic, care constituie un manual de bune practici la nivelul spitalului.

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

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

- i. Numele și prenumele solicitantului;
- ii. Calitatea în care adresează solicitantul sesizarea (pacient, aparținător, personal medico sanitar, conducere unitate sanitară, asociație pacienți);
- iii. Spitalul unde a fost internat;
- iv. Secția unde a fost internat;
- v. Data internării;
- vi. Data externării;

- vii. Obiectul vizat de sesizare (încălcări ale drepturilor pacientului, condiționarea serviciilor medicale, abuzuri săvârșite asupra personalului medico-sanitar, alte aspecte);
  - viii. Personalul din spital care este vizat de sesizare (medici, asistente medicale/asistenți medicali, infirmiere, brancardieri, portari, personalul administrativ, conducerea unității sanitare, pacienți/aparținători sau reprezentanți legali ai acestora sau niciuna dintre variante);
  - ix. Modalitatea de contact a solicitantului (telefonic, adresă de email, prin poștă).
- b) Sesizările sunt adresate managerului spitalului și se depun la registratura spitalului, se transmit prin poșta electronică sau prin completarea formularului online aflat pe pagina web a spitalului.
- c) Fiecare sesizare (depusă la registratură, trimisă prin poșta electronică sau formular online aflat pe pagina web a spitalului) primește, după caz, un număr de înregistrare comunicat de către personalul din registratură sau secretarul Consiliului etic persoanei care o înaintează.
- d) Sesizările anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare ale petiționarului nu se iau în considerare și vor fi clasate. Ca excepție, în situația în care exista mai mult de 3 sesizări anonime în interval de un an calendaristic care se referă la spețe diferite din cadrul aceleiași structuri medicale a spitalului sau la același angajat al spitalului, sesizările vor fi analizate în Consiliul etic în vederea emiterii unei hotărâri de etică sau a unui aviz de etică.

### **13. Analiza sesizărilor:**

- a) Analiza sesizărilor și emiterea unei hotărâri sau a unui aviz etic, după caz, se fac în cadrul ședinței Consiliului etic, urmând următoarele etape:
- i. Managerul înaintează președintelui toate sesizările adresate sau care revin în atribuțiile Consiliului etic și orice alte documente în legătură cu acestea;
  - ii. Secretarul Consiliului etic pregătește documentația și asigură confidențialitatea datelor cu caracter personal pentru protejarea părților implicate;
  - iii. Secretarul asigură convocarea membrilor Consiliului etic;
  - iv. Președintele prezintă membrilor Consiliului etic conținutul sesizărilor primite;
  - v. Membrii Consiliului etic analizează conținutul sesizărilor primite și propun soluții de rezolvare a sesizărilor folosind informații de natură legislativă, morală sau deontologică;
  - vi. În urma analizei, Consiliul etic, prin vot secret, adoptă hotărâri sau avize de etică, după caz;
  - vii. Secretarul Consiliului etic redactează procesul-verbal al ședinței, care este semnat de către toți membrii prezenți;
  - viii. Secretarul asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către managerul spitalului, sub semnatura președintelui Consiliului etic, imediat după adoptare;
  - ix. Managerul spitalului dispune măsuri, în conformitate cu atribuțiile ce îi revin;
  - x. Managerul spitalului asigură comunicarea hotărârii sau avizului etic către petent;
  - xi. Managerul spitalului asigură comunicarea acțiunilor luate ca urmare a hotărârii sau avizului etic, către Consiliul etic și petent, în termen de maximum 14 zile de la primirea comunicării.
- b) Avizele de etică și hotărârile Consiliului etic vor fi incluse în Anuarul etic, întocmit la nivelul spitalului conform prevederilor **Anexei nr. 1** la prezentul R.O.F. al Consiliului etic, ca un model de soluționare a unei spețe, urmând să fie utilizate la analize ulterioare și comunicate spitalului în vederea prevenirii apariției unor situații similare. Anuarul etic se păstrează și se completează în format electronic de către secretarul Consiliului etic. La finele fiecărui an calendaristic sau la cererea comisiilor de control, secretarul Consiliului etic printează anuarul etic, completat cu informații la zi, îl înregistrează, îl supune aprobării managerului spitalului și, după caz, îl pune la dispoziția organelor de control și ulterior îl arhivează.

### **14. Resurse tehnico-materiale necesare implementării prezentului Regulament:**

- a) Întreaga documentație de constituire a Consiliului etic;

- b) Procese-verbale de ședință a Consiliului etic;
- c) Sesizări din domeniul eticii medicale, adresate spre analiză Consiliului etic;
- d) Comunicări adresate potenților de către Consiliul etic;
- e) Rapoarte întocmite semestrial și anual de secretarul Consiliului etic;
- f) Afișe prin care se promovează Consiliul etic, al căror conținut este definit de Compartimentul de integritate al Ministerului Sănătății. Compartimentul de integritate;
- g) Avize / hotărâri de etică;
- h) Hotărâri cu caracter general ce vizează spitalul;
- i) Analize trimestriale a rezultatelor implementării mecanismului de feedback al pacientului;
- j) Anuarul etic;
- k) Orice alte documente rezultate din activitatea Consiliului etic sau care vin în sprijinul activității acestuia.

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

- a) Numărul de ședințe desfășurate pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat este direct proporțional cu numărul acestor ședințe în care s-a realizat cvorumul (prin prezența a cel puțin 5 dintre membrii Consiliului etic, inclusiv președintele de ședință);
- b) Gradul de îndeplinire în termenele legale al atribuțiilor necesar a fi executate de către Consiliul etic pe parcursul unui an calendaristic este de 100% în raport cu prevederile legale incidente în vigoare;
- c) Activitățile desfășurate de către Consiliu etic sunt bazate permanent pe realizarea dezideratului de asigurare a legalității hotărârilor, prin studierea și aplicarea permanentă a legilor, reglementărilor, ordinelor și dispozițiilor în vigoare;
- d) Număr de avize/decizii formulate de către Consiliul etic este direct proporțional în raport cu numărul de sesizări analizate pe parcursul unui an calendaristic;
- e) Pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, nu există reclamații întocmite de către personalul spitalului prin care sesizează neîndeplinirea unor activități de către Consiliul etic sau neexecutarea unor atribuții funcționale de către membrii acestora.

**16. Datele necesare a fi analizate și care fac obiectul calculării indicatorilor de eficiență și eficacitate din prezenta reglementare se culeg de către personalul care întocmește analiza la minim un an cu minim o săptămână înaintea întocmirii analizei, acestea fiind următoarele:**

- a) Conținutul proceselor verbale ale Consiliului etic, în raport cu atribuțiile acestuia din prezentul Regulament;
- b) Avize/decizii formulate de către Consiliul etic
- c) Sesizări din domeniul eticii, adresate Consiliului etic;
- d) Registrul de reclamații.

**Anexa nr. 1 la R.O.F.-ul Consiliului etic**

**ANUARUL ETIC**

al \_\_\_\_\_ [Numele Spitalului]

Elaborat de: Consiliul Etic | Aprobă de: [Managerul unității]

Perioada de referință: [Ex. Ianuarie–Decembrie 2025]

**1. Introducere**

Consiliul etic funcționează conform prevederilor *O.M.S. nr. 1502/2016 pentru aprobarea componentei și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice*, având rolul de a analiza spețe cu implicații etice, de a emite avize și recomandări, și de a contribui la prevenirea incidentelor care afectează integritatea profesională și încrederea în instituție.

**2. Componenta Consiliului Etic**

| Nume, prenume membru | Structura din care face parte | Funcția pe care este încadrat | Mandat (de la data – la data) |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

| Nume, prenume membru | Structura din care face parte | Funcția pe care este încadrat | Mandat (de la data – la data) |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |
|                      |                               |                               |                               |

### 3. Metodologia de analiză

- Etape:
  - Înregistrarea sesizării
  - Analiza preliminară
  - Audieri (dacă este cazul)
  - Emiterea avizului
  - Comunicarea către conducere și părți implicate
- Criterii de includere în Anuar:
  - Relevanță etică
  - Impact instituțional
  - Valoare formativă

### 4. Spețe analizate

| Nr. | Descriere speță                                     | Aviz emis                          | Măsuri recomandate                                   | Termen | Status      |
|-----|-----------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|--------|-------------|
| 1   | Refuzul informării pacientului privind prognosticul | Încălcarea principiului autonomiei | Instruirea personalului privind comunicarea medicală |        | Implementat |
| 2   | Presiuni ierarhice asupra unui medic rezident       | Conflict de interese               | Mediere și revizuirea fișei postului                 |        | În curs     |
| 3   | Utilizarea neautorizată a datelor pacientului       | Încălcarea confidențialității      | Actualizarea procedurii GDPR                         |        | Finalizat   |
|     |                                                     |                                    |                                                      |        |             |
|     |                                                     |                                    |                                                      |        |             |

### 5. Statistici și tipologii

- Total spețe analizate: \_\_\_\_
- Distribuție pe tipuri:
  - Conflicte de interese: \_\_\_\_
  - Comunicarea cu pacientul: \_\_\_\_
  - Presiuni ierarhice: \_\_\_\_
  - Discriminare: \_\_\_\_
  - Confidențialitate: \_\_\_\_

### 6. Recomandări generale

- Introducerea de module de formare etică în programul de instruire anual
- Revizuirea procedurilor de informare a pacientului
- Crearea unui canal anonim de raportare a incidentelor etice
- Monitorizarea periodică a respectării avizelor emise

**7. Anexe** (se păstrează de către secretarul Consiliului etic și se arhivează conform prevederilor legale incidente în vigoare, în mod distinct – ca unitate arhivistică, prevăzută de Nomenclatorul arhivistic al spitalului)

- **Avize integrale** (cu anonimizare)
- **Fișe de analiză** pentru fiecare speță
- **Ghiduri de prevenție** și bune practici
- **Proceduri propuse** pentru îmbunătățirea culturii organizaționale

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei medicamentului**

### **1. Componenta Comisiei medicamentului**

- a) Prin aplicarea prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, ale *OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public*, precum și ale art. 50 alin. (3) din *OMS 444/2019 pentru aprobarea normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea unităților farmaceutice cu modificările și completările ulterioare*, la nivelul spitalului funcționează Comisia medicamentului, din care face parte personalul încadrat / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:
- Director medical – Președinte al Comisiei medicamentului, cu drept de vot
  - Directorul financiar-contabil - cu drept de vot
  - Șefii/coordonatorii de structuri medicale care propun achiziția și prescrierea de medicamente, nominalizați prin dispoziție de către manager - cu drept de vot
- b) Secretarul Comisiei medicamentului farmacistul din cadrul Farmaciei spitalului.
- c) Prin aplicarea prevederilor art. 185 alin. (5) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, pe perioada suspendării ori la încetarea contractului de administrare, managerul spitalului numește prin decizie managerială un șef de secție / laborator sau serviciu medical interimar, aceștia având obligația de a participa la ședințele Comisiei medicamentului.

### **2. Comisia medicamentului își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:**

- a) Modul de organizare și de lucru ale Comisiei medicamentului se află în responsabilitatea președintelui acestuia și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.
- b) Comisia medicamentului se întrunește lunar sau ori de câte ori este nevoie, la solicitarea directorului medical.
- c) Comisia medicamentului este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor cu drept de vot din cadrul acesteia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință. Dacă din motive bine întemeiate un membru nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectivă).
- d) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Comisiei medicamentului, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora.
- e) Lucrările Comisiei medicamentului sunt conduse de președintele comisiei.
- f) În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Comisiei medicamentului, membrii sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.
- g) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a Comisiei medicamentului, secretarul acestuia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.
- h) Dezbaterile Comisiei medicamentului se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii titulari / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință.
- i) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei medicamentului sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acestuia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Comisia medicamentului să nu fie înlăuntrul termenului de aducere la

cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei medicamentului sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

j) Luarea la cunoștință a deciziilor Comisiei medicamentului de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe procesul verbal al Comisiei medicamentului, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile Comisiei medicamentului, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului

k) În situația în care secretarul Comisiei medicamentului, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștința unui responsabil nominalizat prin decizie a Comisiei medicamentului sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivei comisii.

### **3. Comisia medicamentului are în principal, următoarele atribuții:**

a) Verificarea modului de avizare a prescrierii medicamentelor;

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

c) Monitorizarea frecvenței reacțiilor adverse cunoscute;

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

e) Stabilirea unei liste de medicamente de bază, obligatorii, care să fie în permanență accesibilă în farmacia spitalului;

f) Stabilirea unei liste de medicamente care se achiziționează doar în mod facultativ, la cazuri bine selecționate și documentate medical, pe bază de referat; acesta din urmă trebuie să prezinte criteriile pe baza cărora se face recomandarea, susținute cu buletine de analiză și recomandări de experți;

g) Stabilirea listei și a cantităților de medicamente și materiale sanitare critice care se introduce în depozitul de calamități și a regulilor de preschimbare a acestora, în baza propunerilor formulate de șefii/coordonatorii de structuri medicale, care va cuprinde – în mod minimal, pentru fiecare dintre structurile medicale din organigrama spitalului, următoarele categorii de informații:

- Identificarea medicamentelor și materiale sanitare critice, inclusiv pentru situații excepționale
- Stabilirea stocului minim acceptat și a intervalului de timp necesar completării, pentru fiecare dintre medicamentele și materialele sanitare critice;
- Stabilirea unui sistem de alertă pentru stocul minim acceptat al medicamentelor și materialelor sanitare critice;
- Stabilirea modalităților de completare a stocurilor (soluții de rezervă) pentru medicamentele și materialele sanitare critice.

h) Verificarea continuă a stocului de medicamente de bază, pentru a preveni disfuncțiile în asigurarea asistenței medicale;

i) Verificarea ritmică a cheltuielilor pentru medicamente și analiza lor cu raportarea lunară a situației financiare;

j) Avizează, după caz, lista cu medicamentele care se prescriu cu acordul medicului șef de secție (acolo unde se decide necesitatea existenței acestei liste);

k) Propune Consiliului medical lista medicamentelor care se eliberează cu aprobarea acestuia sau a directorului medical, după caz;

l) Solicitarea unor rapoarte periodice de la șefii de secție privind administrarea de medicamente în funcție de incidența diferitelor afecțiuni;

m) Poate dispune întreruperea administrării de medicamente cu regim special în cazul când acel tratament se consideră inutil.

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

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

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

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

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

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

s) Decide participarea în cadrul comisiilor de evaluare tehnică la procedurile de licitații pentru medicamente/materialele sanitare;

t) Analiza utilizării raționale a medicamentelor/materialelor sanitare;

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

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

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

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

c) Analizarea justificării consumului de medicamente de către secțiile în care s-au constatat creșteri substanțiale.

**Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii Comisiei medicamentului și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de farmacovigilență**

### **A. Organizarea comisiei**

Prin aplicarea prevederilor art. 50 alin. (5) din *Ordinul nr. 444/2019 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea unitatilor farmaceutice* și ale art. 4 pct. 9 și art. 5 alin. (1) pct. 16 din Anexa nr. 1 la *OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public*, la nivelul spitalului funcționează Comisia de farmacovigilență, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- Director medical – președinte al comisiei – cu drept de vot;
- Șefii/coordonatorii de structuri medicale (secții/compartimente/laboratoare), nominalizați prin dispoziție de către manager - cu drept de vot

Secretarul comisiei se nominalizează de către manager în dispoziția de nominalizare a membrilor Comisiei de farmacovigilență.

### **B. Funcționarea Comisiei de farmacovigilență**

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

b) Comisia se întrunește în ședințe ordinare trimestrial și în ședințe extraordinare, la convocarea președintelui comisiei sau conducerii spitalului.

c) Comisia de farmacovigilență este legal întrunită dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor cu drept de vot din cadrul acesteia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

d) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Comisiei de farmacovigilență, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora.

e) Lucrările Comisiei de farmacovigilență sunt conduse de președintele comisiei.

f) Prezența la ședință a membrilor Comisiei de farmacovigilență este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comisiei de farmacovigilență nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectiva).

g) În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Comisiei de farmacovigilență, membrii sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.

h) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a Comisiei de farmacovigilență, secretarul acestuia va înscris numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

i) Dezbaterile Comisiei de farmacovigilență se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii titulari/ delegați / împuterniciți / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință.

j) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei medicamentului sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acestuia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Comisia de farmacovigilență să nu fie înălăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei de farmacovigilență sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

k) Luarea la cunoștință a deciziilor Comisiei de farmacovigilență de către responsabilii nominalizați/inlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură

olografă pe procesul verbal al Comisiei de farmacovigilență, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile Comisiei de farmacovigilență, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului

l) În situația în care secretarul Comisiei de farmacovigilență, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștința unui responsabil nominalizat prin decizie a Comisiei medicamentului sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivei comisii.

**C. Obiectivele Comisiei de farmacovigilență**

- Monitorizarea continuă a siguranței medicamentelor
- Minimizarea riscului

**D. Atribuțiile Comisiei de farmacovigilență**

a. verifică corespondența baremului aparatului de urgență cu cel aprobat de conducerea unității și conform legislației în vigoare;

b. analizează toate cazurile de reacții adverse, va urmări întocmirea fișelor de reacții adverse și va propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;

c. analizează riscurile noi sau dacă s-au produs modificări cu privire la riscurile existente și dacă riscurile respective au un impact asupra raportului risc/beneficiu al medicamentului.

d. are obligația de a susține tot corpul medical în vederea depistării și raportării reacțiilor adverse la medicamente conform legislației în vigoare.

e. analizează justificările primite din partea medicilor curanți și prezintă conducerii spitalului și medicului curant concluziile finale

f. analizează toate cazurile de reacții adverse și propune metode mai bune de diagnostic a reacțiilor adverse;

g. completează fișa pentru raportarea spontană a reacțiilor adverse la medicamente folosite în tratamentul de ultimă instanță și o raportează Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

h. pentru medicamentele nou apărute pe piață procedează la implementarea acestora în terapie;

i. identifică factorii de risc la prescrierea anumitor medicamente;

j. evaluează avantajele administrării unor medicamente pentru pacienții internați;

k. urmărește evitarea întrebuițării eronate și a abuzului de produse medicamentoase, a polipragmaziei;

l. verifică, prin sondaj, modul de stabilire a medicației pentru pacienții internați și evidențierea acesteia;

m. verifică, prin sondaj, investigațiile stabilite la internare din punct de vedere al oportunității;

n. propune elaborarea unor protocoale operaționale de practică medicală;

o. întocmește rapoarte scrise către Consiliul medical/Comitetul director, după caz, cu privire la activitatea desfășurată și formulează propuneri pentru eficientizare.

**Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii Comisiei de farmacovigilență și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de cercetare disciplinară**

1. Prin aplicarea prevederilor art. 251 alin. (1<sup>1</sup>) din *Legea nr. 53/2003 pentru aprobarea Codului muncii, cu modificările și completările ulterioare*, la nivelul spitalului, pentru efectuarea cercetării disciplinare prealabile, managerul spitalului va desemna – pentru fiecare situație potențială de abatere disciplinară, o persoană sau va stabili o comisie ori va apela la serviciile unui consultant extern specializat în legislația muncii, pe care o/îl va împuternici în acest sens.

2. Înființarea unei comisii de cercetare disciplinară, se stabilește de către managerul spitalului, pentru fiecare situație care impune funcționarea acesteia, în raport cu următoarele:

- situația concretă care determină necesitatea funcționării Comisiei de cercetare disciplinară;
- structura din organigrama spitalului în care s-a produs evenimentul care face obiectul analizei de către Comisia de cercetare disciplinară;
- categoria/categoriile de personal implicată/e în producerea evenimentului care face obiectul analizei de către Comisia de cercetare disciplinară;

3. Nu poate fi desemnată în calitate de membru în Comisia de cercetare disciplinară persoana care se află în următoarele situații:

- are relații cu caracter patrimonial cu persoanele cercetate disciplinar ori ale soțului sau soției pot afecta imparțialitatea și obiectivitatea deciziei;
- este soț, soție, rudă sau afin până la gradul al IV-lea inclusiv cu persoana/persoanele cercetate disciplinar;
- este subordonat ierarhic persoanei/persoanelor cercetate disciplinar.

4. Situațiile de incompatibilitate, mai sus menționate, se sesizează în scris de persoana în cauză, de managerul unității sanitare, de oricare dintre persoanele cercetate disciplinar sau de către orice persoană interesată, în orice moment al desfășurării cercetării disciplinare.

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

6. Comisia de cercetare disciplinară își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor **reguli**:

a) Se întrunește în baza deciziei conducerii spitalului, în scopul cercetării abaterilor disciplinare din unitate și soluționarea cazurilor de indisciplină și a reclamațiilor care conțin informații cu privire la săvârșirea de abateri disciplinare, precum și pentru înaintarea de propuneri de sancționare a celor găsiți vinovați, după caz.

b) Comisia de cercetare disciplinară este legal întrunită dacă sunt prezenți toți membrii acesteia și ia decizii cu majoritate simplă<sup>20</sup>.

c) Analiza fiecărui caz se va consemna într-un proces verbal, care va cuprinde toate aspectele, atât cele sesizate, cât și măsurile propuse a fi luate de către managerul spitalului, în conformitate cu legislația în vigoare.

d) Procesul-verbal va fi întocmit numai după ce Comisia de cercetare disciplinară a efectuat cercetarea disciplinară prealabilă, cu privire la încălcarea prevederilor din Regulamentul de organizare și funcționare, Regulamentul intern din Contractul colectiv de muncă și/sau atribuțiilor din fișa postului, precum și a oricăror alte reglementări și dispoziții legale în vigoare și aplicabile în cadrul spitalului.

---

<sup>20</sup> Prin sintagma "majoritate simplă" se înțelege că, dacă există cvorum, mai mult de jumătate din membrii prezenți la vot trebuie să voteze „pentru” acea decizie.

e) După semnarea respectivului proces-verbal de cercetare de către toți membrii Comisiei de cercetare disciplinară, aprobarea acestuia de către manager, un extras din acesta se repartizează pentru luare la cunoștință către persoana/persoanele care fac obiectul cercetării disciplinare.

f) Aducerea la cunoștință personalului nominalizat în procesul-verbal al Comisiei de cercetare disciplinară, a extrasului din acesta, se face de către secretarul acesteia, pe una sau mai multe căi de comunicare (înmânare personală a documentului, email, fax, serviciu poștal/curierat cu confirmare de primire etc.) în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului-verbal.

g) Luarea la cunoștință a propunerilor formulate de Comisia de cercetare disciplinară și aprobate de către manager, de către persoanele nominalizate în procesul-verbal este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe extrasul procesului verbal al Comisiei de cercetare disciplinară, înaintat în acest sens. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă a propunerilor formulate de Comisia de cercetare disciplinară și aprobate de către manager, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului.

h) În situația în care secretarul Comisiei de cercetare disciplinară, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștință unei persoane nominalizate în procesul-verbal al Comisiei, propunerile formulate și aprobate de către manager, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe managerul spitalului.

i) Comisia de cercetare disciplinară colaborează cu celelalte comisii ale spitalului în vederea creșterii calității actului medical.

j) Toate documentele elaborate de către Comisia de cercetare disciplinară vor fi gestionate de structura juridic și arhivate conform legii.

7. Membrii Comisiei de cercetare disciplinară au obligația de a păstra confidențialitatea celor dezbătute.

#### **8. Comisia de cercetare disciplinară are, în principal, următoarele atribuții:**

a) În vederea desfășurării cercetării disciplinare prealabile, salariatul va fi convocat în scris de către persoana desemnată, de către președintele comisiei sau de către consultantul extern, împuternicit, precizându-se obiectul, data, ora și locul întreprinderii.

b) În situația neprezentării salariatului la convocarea făcută în condițiile prevăzute la lit. a) fără un motiv obiectiv, președintele Comisiei de cercetare disciplinară informează în scris managerul spitalului despre această situație, caz în care angajatorul poate să dispună sancționarea, fără efectuarea cercetării disciplinare prealabile;

c) Analizează reclamațiile/sesizările primite spre soluționare de la conducerea spitalului cu privire la personalul angajat, asigurând conducerea unității de respectarea legislației în vigoare, sens în care:

- i. stabilește împrejurările în care a fost săvârșită abaterea disciplinară;
- ii. analizează gradul de vinovăție a salariatului, precum și consecințele abaterii disciplinare săvârșite de către acesta;
- iii. verifică eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de salariat;
- iv. efectuează cercetarea disciplinară cu respectarea întocmai a prevederilor Cap. II – *”Răspunderea disciplinară”* din titlul XI *”Răspunderea juridică”* al Legii 53/2003 – *Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare*.

d) Pentru buna desfășurare a cercetării disciplinare, membrii Comisiei de cercetare disciplinară pot solicita informații scrise din partea terțelor persoane care au legătură cu fapta cercetată.

e) Soluționează cazurile de nerespectare a obligațiilor de serviciu, a normelor de comportament și a regulilor de disciplină la solicitarea conducerii, înaintând în acest sens managerului unității sanitare propuneri de sancționare sau nu a faptei cercetate, în cadrul procesului – verbal întocmit în acest sens.

9. Comisia de cercetare disciplinară are în permanență în vedere că, abaterea disciplinară săvârșită de personalul spitalului ori detașat în spital, este fapta în legătură cu munca și care constă într-o acțiune sau 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.

10. Sancțiunile disciplinare pe care le poate propune spre aplicare Comisia de cercetare disciplinară managerului spitalului, în cazul în care salariatul săvârșeste o abatere disciplinară, sunt:

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

**Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii Comisiei de disciplină și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

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

### **A. Organizarea Comitetului de securitate și sănătate în muncă<sup>21</sup>**

C.S.S.M. este organul paritar constituit în baza deciziei emisă de managerul unității sanitare și în aplicarea prevederilor art. 19 din *Legea nr. 319/2006 securității și sănătății în muncă cu modificările și completările ulterioare* și a prevederilor cap. IV din Anexa la H.G. nr. 1425 din 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 319/2006 securității și sănătății în muncă cu modificările și completările ulterioare, în vederea participării și consultării periodice în domeniul securității și sănătății în muncă, în conformitate cu art. 18 alin. (1)-(3) din lege.

Ulterior deciziei de nominalizare a membrilor C.S.S.M., componența acestuia va fi adusă la cunoștința tuturor angajaților din cadrul unității sanitare.

### **B. Componența C.S.S.M.**

C.S.S.M. este constituit din următorii membri:

- a) manager – președinte al C.S.S.M – cu drept de vot;
- b) reprezentanți ai angajatorului cu atribuții de securitate și sănătate în muncă, nominalizați în decizie managerială - cu drept de vot;
- c) reprezentanți ai lucrătorilor cu răspunderi specifice în domeniul securității și sănătății desemnați prin alegeri odată la 2 ani, nominalizați în decizie managerială - cu drept de vot;
- d) un medic de medicina a muncii - cu drept de vot;
- e) secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă este lucrătorul cu atribuții de securitate și sănătate în muncă la nivel de unitate - cu drept de vot;

Numărul minim al reprezentanților lucrătorilor este egal cu numărul format din angajator sau reprezentantul său legal și reprezentanții angajatorului și se stabilește în funcție de numărul total al lucrătorilor din unitate, prin aplicarea prevederilor art. 60 alin. (3) din Anexa la H.G. 1425/2006.

Reprezentanții lucrătorilor în comitetul de securitate și sănătate în muncă vor fi aleși pe o perioadă de 2 ani. Desemnarea/alegerea reprezentanților lucrătorilor în C.S.S.M. se asigură de către sindicatul reprezentativ la nivel de unitate. Cu 30 de zile înainte de finalul mandatului se realizează o nouă procedură de desemnare/ alegere, pentru asigurarea continuității în funcționarea C.S.S.M..

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

Modalitatea de desemnare a reprezentanților lucrătorilor în comitetele de securitate și sănătate în muncă este stabilită prin regulamentul de organizare și funcționare.

### **C. Obiectivele C.S.S.M.**

- Garantarea securității și sănătății salariaților
- Controlul securității și sănătății în muncă
- Implicarea salariaților la elaborarea și aplicarea deciziilor în domeniul protecției muncii.

### **D. Funcționarea C.S.S.M.**

Managerul spitalului are obligația să asigure întrunirea C.S.S.M. cel puțin o dată pe trimestru și ori de câte ori este necesar, cu respectarea următoarelor **reguli**:

---

<sup>21</sup> În continuare: ” C.S.S.M.”

a) Ordinea de zi a fiecărei întruniri este stabilită de către președinte și secretar, cu consultarea reprezentanților lucrătorilor, și este transmisă membrilor C.S.S.M. pe adresele de email interne ale structurilor din care fac parte fiecare dintre aceștia cu cel puțin 5 zile înaintea datei stabilite pentru întrunirea comitetului.

b) Secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă convoacă în scris membrii comitetului cu cel puțin 5 zile înainte de data întrunirii, indicând locul, data și ora stabilite.

c) Prezența la ședință a membrilor C.S.S.M. este obligatorie pentru aceia care se află la program. În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale C.S.S.M., membrii titulari sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.

d) La fiecare întrunire a C.S.S.M., secretarul comitetului de securitate și sănătate în muncă încheie un proces-verbal care va fi semnat de către toți membrii comitetului.

e) C.S.S.M. este legal întrunit dacă sunt prezenți cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor săi.

f) La ședințele C.S.S.M. vor fi convocați să participe membrii comisiei. La întrunirile C.S.S.M. pot participa inspectori de muncă din cadrul I.T.M.

g) Exprimarea votului se poate face „pentru” sau „împotriva” variantelor de decizii propuse în cadrul ședinței C.S.S.M.

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

i) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a membrilor C.S.S.M. sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către personalul din secretariatul comitetului, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de C.S.S.M. să nu fie înăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a C.S.S.M. sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul comitetului, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

j) În sensul celor menționate la lit. i), secretarul comitetului aduce – personal - la cunoștința responsabililor nominalizați/înlocuitorilor legali ai acestora - hotărârile C.S.S.M. ca suport decizional pentru conducerea spitalului, ca extras din procesul-verbal. Acestia au obligația de a lua la cunoștință, prin semnătură olografă pe extrasul din procesul verbal al comitetului, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului.

k) În situația în care secretarul C.S.S.M., din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștința unui responsabil nominalizat prin hotărâre a C.S.S.M. sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre hotărârile comitetului, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele acestuia.

l) Secretarul C.S.S.M. transmite inspectoratului teritorial de muncă, în termen de 10 zile de la data întrunirii, o copie a procesului-verbal încheiat.

## **E. Atribuțiile C.S.S.M.**

Pentru realizarea informării, consultării și participării lucrătorilor, în conformitate cu art. 16, 17 și 18 din Legea nr. 319/2006:

a) analizează și face propuneri privind politica de securitate și sănătate în muncă și planul de prevenire și protecție, conform regulamentului intern sau regulamentului de organizare și funcționare;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) dezbate raportul scris, prezentat C.S.S.M. de către managerul spitalului cel puțin o dată pe an, cu privire la situația securității și sănătății în muncă, la acțiunile care au fost întreprinse și la eficiența acestora în anul încheiat, precum și propunerile pentru planul de prevenire și protecție ce se va realiza în anul următor, iar ulterior îl transmite către inspectoratul teritorial de muncă, în termen de 10 zile;

l) analizează documentația pusă la dispoziție de managerul spitalului, referitoare la caracteristicile echipamentelor de muncă, ale echipamentelor de protecție colectivă și individuală, în vederea selecționării echipamentelor optime;

m) în baza informărilor puse la dispoziție de către managerul spitalului, evaluează riscurile pentru securitate și sănătate, măsurile de prevenire și protecție atât la nivel de unitate,

cât și la nivel de loc de muncă și tipuri de posturi de lucru, măsurile de prim ajutor, de prevenire și stingere a incendiilor și evacuare a lucrătorilor;

n) analizează plângerile lucrătorilor privind condițiile de muncă și modul în care, după caz, lucrătorii cu atribuții de prevenire și protecție își îndeplinesc atribuțiile, luând în considerare în acest sens punctul de vedere transmis de managerul spitalului, dacă este cazul, al medicului de medicina muncii și al serviciului intern de prevenire și protecție;

Managerul spitalului are obligația de a furniza C.S.S.M. toate informațiile necesare, pentru ca membrii acestuia să își poată da avizul în cunoștință de cauză.

În cazul în care managerul spitalului nu ia în considerare propunerile C.S.S.M., conform atribuțiilor acestuia prevăzute la art. 67 din H.G. 1425/2006, trebuie să motiveze decizia sa în fața acestuia; motivația va fi consemnată în procesul-verbal de ședință.

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

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

C.S.S.M. cooperează cu toate structurile din cadrul spitalului, în vederea realizării obiectivelor propuse, prevăzute la pct. C din prezentul Regulament.

Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii C.S.S.M. și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de analiză a decesului**

1. Prin aplicarea prevederilor *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare* și ale *OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public*, în baza deciziei managerului spitalului, la nivelul spitalului se înființează și funcționează Comisia de analiză a decesului, din care face parte personalul încadrat / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- a) Președinte: Director medical, cu drept de vot
- b) Membrii cu drept de vot:
  - i. Medic șef Secție medicina internă
  - ii. Medic șef Secție pneumoftiziologie
  - iii. Medic șef Secție pediatrie
  - iv. Medic camera de gardă
- c) Secretar comisie – angajat al spitalului nominalizat prin decizie managerială.

**2. Printre scopurile constituirii Comisiei de analiză a decesului, se enumeră următoarele:**

- a) Evaluarea circumstanțelor, cauzelor și condițiilor în care s-au produs decesele în cadrul spitalului;
- b) Identificarea eventualelor disfuncționalități în activitatea medicală;
- c) Propunerea de măsuri pentru prevenirea deceselor evitabile și îmbunătățirea calității actului medical.

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

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

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

c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele acesteia.

d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți este cel puțin jumătate plus unu din numărul membrilor cu drept de vot ai acesteia sau înlocuitorii legali ai acestora și ia decizii în baza votului a cel puțin două treimi din numărul membrilor cu drept de vot prezenți la ședință.

e) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Comisiei de analiză a decesului, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora, prin grija secretarului acesteia.

f) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a Comisiei de analiză a decesului, secretarul acestuia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.

g) Prezența la ședință a membrilor Comisiei de analiză a decesului este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comisiei de analiză a decesului nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (precizat în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectivă). În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Comisiei de analiză a decesului, membrii titulari/ înlocuitorii legali sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line, în condițiile în care aceștia se află la program.

h) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui Comisiei de analiză a decesului, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați în acest sens, de regulă, verbal, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea ședinței respective.

i) Dezbaterile Comisiei de analiză a decesului se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii titulari/ înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință.

j) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei de analiză a decesului sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acestuia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Comisia de analiză a decesului să nu fie înlăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei de analiză a decesului sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.

k) Luarea la cunoștință a deciziilor Comisiei de analiză a decesului de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe procesul verbal al Comisiei de analiză a decesului, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile Comisiei de analiză a decesului, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului

l) În situația în care secretarul Comisiei de analiză a decesului, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștință unui responsabil nominalizat prin decizie a Comisiei de analiză a decesului sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivei comisii.

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

a) Analizează periodic, trimestrial sau de câte ori este nevoie, numărul deceselor înregistrate în activitatea spitalului, astfel:

- Numărul deceselor în totalitate
- Numărul deceselor la 24 de ore de la internarea pacientului
- Numărul deceselor intraoperatorii
- Numărul deceselor la 48 de ore de la intervenția operatorie

b) Solicită documentele medicale relevante (foi de observație, buletine de laborator, imagistică etc.);

c) Poate solicita medicului curant justificarea acțiunilor/ inacțiunilor de natură medicală în cazul pacientului decedat și solicită puncte de vedere de la oricare dintre personalul medical implicat;

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

e) Stabilește dacă decesul a fost inevitabil, evitat, întârziat sau suspect;

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

g) Elaborează, după caz, rapoarte individuale pentru fiecare caz analizat;

h) Redactează un proces verbal de ședință în care consemnează rezultatele activității.

i) Propune măsuri de remediere sau îmbunătățire a procedurilor medicale;

j) Propune măsuri de prevenție, formare, perfecționare etc;

k) Informează, după caz, comitetul director și/sau consiliul medical asupra concluziilor trase, acestea putându-se constitui ca suport pentru măsuri manageriale sau/și de formare profesională.

5. Membrii Comisiei de analiză a decesului au obligația de a păstra confidențialitatea datelor medicale și de a nu divulga concluziile comisiei în afara cadrului instituțional aprobat.

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

a) elaborarea unei strategii de reducere a numărului de decese;

b) planificarea de acțiuni în vederea creșterii calității actului medical.

**Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii Comisiei de analiză a decesului și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale**

### **A. Componenta Comisiei de analiză a a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale**

Prin aplicarea prevederilor *Ordinului C.N.A.S. nr. 516/2023 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi, precum si a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale, cu modificările și completările ulterioare*, evaluarea cazurilor neconfirmate din punct de vedere clinic și medical de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS) pentru care se solicită reconfirmarea, precum și a cazurilor pentru care C.A.S. județeană a constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate se realizează în cadrul unei comisii de analiză, cu următoarea componență:

- Reprezentanți ai C.A.S. județene
- Câte un medic din cadrul fiecăreia dintre structurile medicale din organigrama spitalului, a căror cazuri au fost invalidate de către INMSS

Nominalizarea reprezentanților spitalului în cadrul Comisiei de analiză a a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale se realizează de fiecare dată, cu minim 3 zile lucrătoare anterior de data la care se va desfășura ședința planificată în comun cu reprezentanți ai C.A.S. județeană, la propunerea scrisă a directorului medical, aprobată de managerul spitalului. **Principala regulă de care se va ține cont la nominalizarea fiind aceea că în compunerea comisiei nu poate face parte medicul curant al unui caz invalidat.**

Nominalizarea secretarului de ședință a Comisiei de analiză a a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale se face de comun acord cu CAS județeană, existând opțiunea ca acesta să fie angajatul oricăreia dintre cele două instituții care nominalizează în comun membrii ai respectivei comisii.

### **B. Comisia de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale își desfășoară activitatea cu respectarea următoarelor reguli:**

a) Aceasta se întrunește ori de câte ori este necesar, la momentul identificării unor cazuri invalidate, la o data stabilită de comun acord între spital și CAS județeană.

b) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, la momentul nominalizării reprezentanților spitalului în respectiva comisie.

c) Lucrările Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale sunt conduse de un președinte al comisiei, nominalizat de fiecare dată prin procesul verbal de ședință, în urma votului membrilor comisiei.

d) Cvorumul ședințelor se asigură prin prezența a cel puțin două treimi din numărul membrilor săi, nominalizați în comun de către spital și CAS județeană. Prezența la ședință a membrilor Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (nominalizat în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectivă, cu condiția ca acesta să nu aibă calitatea de medic curant al unui caz invalidat de INMSS).

e) De regulă, ședințele Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale, se desfășoară on-line sau în locația stabilită de comun acord cu reprezentanții CAS județeană.

f) Comisia de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale ia decizii prin votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

g) Dezbaterea Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale se consemnează într-un proces verbal al ședinței, care se va înregistra în comun, atât la sediul spitalului cât și al CAS județeană, semnat de toți membrii comisiei prezenți la ședință, existând posibilitatea ca acesta să fie semnat cu semnătură electronică calificată.

h) Spitalul este obligat să pună în aplicare deciziile Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale.

**C. Comisia de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale are, în principal, atribuțiile prevăzute de Ordinul C.N.A.S. nr. 516/2023 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale, cu modificările și completările ulterioare,** după cum urmează:

a) Solicitarea de justificare pentru cazurile invalidate medicului curant sau operatorului ce a transcris electronic FOCG și FSZ.

b) Evaluarea cazurilor invalidate de INMSS în baza regulilor pentru care datele respective pot fi supuse evaluării (grupa B din Secțiunea 2 a Anexei 3 la Ordinul C.N.A.S. nr. 516/2023), pentru care se solicită revalidarea;

c) În situația în care se constată raportarea eronată, codificarea necorespunzătoare sau neconcordanță dintre foaia de observație clinică generală (FOCG) și înregistrarea electronică va dispune efectuarea corecturilor necesare și retransmiterea cazurilor către INMSS (retransmiterea cazurilor pentru reconfirmare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale);

d) Analizează codificarea datelor completate în FOCG și FSZ în vederea îmbunătățirii indicelui de complexitate;

e) Aprobarea validării cazurilor în baza regulamentului de revalidare;

f) Prezintă soluții pentru reducerea numărului de cazuri nevalidate;

g) Informează periodic managerul spitalului privind concluziile analizelor făcute și propuneri de îmbunătățire a activității, în vederea analizei acestora în cadrul Consiliului medical;

h) La inițiativa spitalului se constituie în vederea soluționării contestațiilor acestuia în legătură cu nerespectarea reglementărilor privind datele clinice la nivel de pacient (neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG/fișa pentru spitalizarea de zi (FSZ), neconcordanța dintre datele înscrise în FOCG/FSZ și serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare și orice alte situații de acest fel), constatate în urma controalelor efectuate la spital de către CAS județeană.

**Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii Comisiei de analiză a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

## **Regulament de organizare și funcționare al Comisiei de apărare**

### **1. Componenta Comisiei de apărare**

Prin aplicarea prevederilor:

- art. 41 alin. (2) din Legea nr. 477/2003 privind pregătirea economiei naționale și a teritoriului pentru apărare, cu modificările și completările ulterioare,
  - art. 60 – 62 din H.G. 370/2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 477/2003 privind pregătirea economiei naționale și a teritoriului pentru apărare, cu modificările și completările ulterioare,
  - H.G. nr. 1204/2007 privind asigurarea forței de muncă necesare pe timpul stării de asediu, la mobilizare și pe timpul stării de război, cu modificările și completările ulterioare,
  - H.G. 219/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 132/1997 privind rechizițiile de bunuri și prestarile de servicii în interes public,
  - OMS 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public,
- la nivelul spitalului funcționează Comisia de apărare, din care face parte personalul încadrat / delegat / împuternicit / înlocuitorul legal pe următoarele funcții:

- a) Președinte: Directorul financiar contabil
- b) Membrii:
  - i. Coordonator comp.dministrativ,
  - ii. Coordonator comp. achiziții publice,
- c) Secretar – referent de specialitate din cadrul Serviciului RUNOS, care are calitatea și de responsabil cu evidența militară.
- d) Prin dispoziția de nominalizare a membrilor Comisiei de apărare, atât pentru președinte, cât și pentru membrii și secretarul acesteia, se stabilește câte un membru supleant.

2. În situația în care Spitalul deține documente clasificate care fac obiectul desfășurării activității Comisiei de apărare, persoanele care fac parte din comisie vor fi autorizate pentru desfășurarea activităților cu informații clasificate, conform legii.

**3. Comisia de apărare își desfășoară activitatea doar în măsura în care Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și război stabilite de către organul de specialitate (pentru mobilizare economiei și a teritoriului pentru apărare) de la nivelul Prefecturii.**

**4. Activitatea Comisiei de apărare se desfășoară cu respectarea următoarelor reguli:**

- a) Modul de organizare și de lucru ale comisiei se află în responsabilitatea președintelui comisiei și se stabilește în funcție de volumul și de complexitatea proceselor și activităților.
- b) În exercitarea atribuțiilor funcționale, comisia se întâlnește ori de câte ori de câte ori este necesar, la solicitarea președintelui comisiei, numai în măsura .
- c) Lucrările comisiei sunt conduse de președintele comisiei.
- d) Comisia este legal întrunită dacă sunt prezenți două treimi din numărul membrilor cu drept de vot ai acesteia sau înlocuitorii legali ai acestora, adică – 2 membrii din totalul membrilor cu drept de vot și ia decizii cu majoritatea absolută a membrilor prezenți la ședință.
- e) În funcție de tematica ordinii de zi, la solicitarea președintelui comisiei, pot participa și alte persoane în calitate de invitați, anunțați prin convocator.
- f) În situația în care președintele Comisiei se află în imposibilitatea de a convoca/ conduce Comisia de apărare (concediu de odihnă, concediu medical etc.), convocarea și conducerea ședinței se va realiza de către președintele supleant;
- g) De regulă, data și ora la care urmează să se desfășoare ședințele Comisiei de apărare, precum și tematica acestor ședințe se comunică verbal participanților la ședință, cu minim o zi lucrătoare anterior de desfășurarea acestora.

- h) Lucrările Comisiei de apărare sunt conduse de președintele comisiei.
- i) Prezența la ședință a membrilor Comisiei de apărare este obligatorie pentru aceia care se află la program. Dacă din motive bine întemeiate un membru al Comisiei de apărare nu poate participa la ședință, acesta va fi reprezentat de către înlocuitorul legal (stabilit în acest sens în cadrul procesului verbal emis în ședința respectiva).
- j) În anumite situații care reclamă luarea urgentă de decizii ale Comisiei de apărare, membrii sau invitații acestuia pot participa la ședințe în on-line.
- k) În mod obligatoriu, pentru fiecare decizie înscrisă în procesul verbal al unei ședințe a Comisiei de apărare, secretarul acestuia va înscrie numărul de voturi pro, contra și cel de abțineri.
- l) Dezbaterele Comisiei de apărare se consemnează într-un proces verbal al ședinței (care se va înregistra), semnat de toți membrii titulari/ delegați / împuterniciți / înlocuitorii legali și invitații acestuia, prezenți la ședință.
- m) Aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei de apărare sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, în termen maxim de 3 zile lucrătoare de la data emiterii procesului verbal și aprobarea acestuia de către managerul spitalului, cu condiția ca termenul de execuție stabilit de Comisie de apărare să nu fie înălăuntrul termenului de aducere la cunoștință. Într-o atare situație, aducerea la cunoștința responsabililor nominalizați prin decizie a Comisiei de apărare sau a înlocuitorilor legali ai acestora, se face de către secretarul acesteia, imediat după emiterea procesului verbal de ședință.
- n) Luarea la cunoștință a deciziilor Comisiei de apărare de către responsabili nominalizați/înlocuitorii legali ai acestora este obligatorie și se face prin semnătură olografă pe procesul verbal al Comisiei de apărare, într-un tabel nominal anexat la procesul-verbal respectiv. Refuzul de a lua la cunoștință, în scris – prin semnătură olografă hotărârile Comisiei de apărare, constituie abatere disciplinară, care se sancționează potrivit prevederilor Regulamentului intern al spitalului
- o) În situația în care secretarul Comisiei de apărare, din varii motive, nu reușește să aducă la cunoștință unui responsabil nominalizat prin decizie a Comisiei de apărare sau a înlocuitorului legal al acestuia, una dintre deciziile acestuia, are obligația de a informa, în scris, despre acest lucru, pe președintele respectivei comisii.

##### **5. Comisiei de apărare întocmește anual planul de activitate și are următoarele atribuții principale:**

- a) stabilește măsurile tehnico-organizatorice pentru instituție în caz de mobilizare și responsabilitățile ce revin compartimentelor din organigrama spitalului;
- b) elaborează și actualizează documentele de mobilizare, gestionate în cadrul spitalului;
- c) controlează întreaga pregătire de mobilizare:
  - i. întocmirea documentelor;
  - ii. activitățile privind capacitățile de apărare și rezervele de mobilizare;
  - iii. modul de desfășurare a lucrărilor, măsurilor și acțiunilor cuprinse în documentele de mobilizare gestionate în cadrul spitalului;
  - iv. derularea contractelor referitoare la pregătirea pentru apărare;
- d) elaborează propunerile pentru proiectele planului de mobilizare și planului de pregătire;
- e) analizează anual, în primul trimestru, stadiul pregătirii de mobilizare și stabilește măsurile și acțiunile necesare pentru îmbunătățirea acestuia;
- f) întocmește propuneri privind alocarea anuală de la bugetul de stat a fondurilor necesare realizării măsurilor și acțiunilor de pregătire pentru apărare;
- g) verifică modul de îndeplinire a atribuțiilor care-i revin responsabilului cu evidența militară, în raport cu prevederile *H.G. nr. 1204/2007 privind asigurarea forței de muncă necesare pe timpul stării de asediu, la mobilizare și pe timpul stării de război*;
- h) verifică modul de îndeplinire a atribuțiilor care-i revin responsabilului cu evidența bunurilor rechiziționabile, în raport cu prevederile *H.G. 219/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 132/1997 privind rechizițiile de bunuri și prestarile de servicii în interes public*;

i) alte atribuții considerate necesare în acest domeniu.

**6. Respectarea prevederilor prezentului Regulament constituie atribuție de serviciu pentru membrii Comisiei de apărare și angajează responsabilitatea acestora în funcție de gradul de îndeplinire a atribuțiilor.**

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

La nivelul Spitalului Orasenesc Jibou Dr.Traian Herta este organizat și funcționează va funcționa un **grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital** compus din următorul personal (nominalizat anual prin decizie a managerului):

- i. Un medic Secția Interne
- ii. Un medic Secția Cronici
- iii. Un medic Secția Pediatrie
- iv. Un medic Secția Pneumologie
- v. Un medic Laborator analize medicale
- vi. Un medic Laborator radiologie și imagistică medicală
- vii. Un medic Camera de garda
- viii. Un farmacist Secția farmacie
- ix. Un medic infecționist

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

- a) Propune actualizarea protocoalelor atunci când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu);
- b) Propune elaborarea unor anumite protocoale în funcție de:
  - i. Prioritățile structurii medicale de îmbunătățire a serviciilor;
  - ii. Planul de servicii medicale al spitalului;
  - iii. Nivelul de prioritate a riscului identificat, avându-se în vedere – pe de-o parte: riscurile clinice și pe de altă parte riscurile risipei de resurse.
- c) Asigură documentarea fiecărui protocol în parte, din următoarele surse de acces:
  - i. resurse bibliografice identificate în mod clar (ghiduri naționale și europene în domeniu (ex. ESA, ASA, NICE), UpToDate – actualizate, jurnale internaționale de referință, Cochrane Library sau echivalente;
  - ii. dovezi de bună practică medicală (publicații, indicatori de bună practică medicală);
  - iii. Experiența și protocoalele altor instituții performante;
  - iv. Opiniile personalului medical;
  - v. Indicatori privind performanța instituției
- d) Pentru fiecare protocol nou elaborat realizează o analiză a practicii actuale pentru a identifica problemele întâmpinate. În acest sens se determină performanța proceselor operaționale curente ale spitalului pentru a stabili unde pot fi făcute îmbunătățiri. În acest sens se va detalia schema flux, până la acel punct care necesită îmbunătățiri;
- e) În elaborarea / redactarea protocoalelor se vor urmări îndeplinirea următoarelor cerințe obligatorii și conformarea la următorii indicatori aferenți unor liste de verificare anexe la Ordinul președintelui ANMCS nr.8/2018;
- f) La solicitarea medicilor care întocmesc protocoale definește setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor și condițiile în care depășirea competențelor asumate prin protocoale este permisă.

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

-Pagină albă-