



Primăria  
Capitalei



## *Central Clinic De Boli Reumatismale "Dr. Ion Stoia" – Bucuresti*

Str. Thomas Masaryk nr. 5, Sector 2, Bucuresti   Telefon: 021/211.68.48, Fax: 021/212.33.79 E-mail: [ion.stoia@centrulclinicreumatismale.ro](mailto:ion.stoia@centrulclinicreumatismale.ro) Website: [www.reumatologidrstoia.ro](http://www.reumatologidrstoia.ro)

# **REGULAMENT INTERN AL CENTRULUI CLINIC DE BOLI REUMATISMALE “DR. ION STOIA”**

**REGULAMENT INTERN  
AL CENTRULUI CLINIC DE BOLI REUMATISMALE „DR. ION STOIA” BUCURESTI**

Regulamentul intern stabileste norme de conduită și de disciplina, principii în relațiile de munca și reglementari în raporturile de munca, care se aplică în cadrul Spitalului.

Temeiul legal al prezentului regulament il reprezintă:

- 1) Legea 53/2003 Codul muncii cu modificările și completările ulterioare, republicat,
- 2) Legea 95/2006 - privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare,
- 3) Legea nr. 46/2003 - Legea drepturilor pacientului,
- 4) Ordinul MSP nr. 870/2004 - pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și complaterile ulterioare,
- 5) Decizia nr. 3/2005 privind adoptarea Statutului și a Codului de deontologie medicală ale Colegiului Medicilor din România completat cu Hotărârea C.M.R. nr. 1/2008 și Hotărârea C.M.R. nr. 1/2009,
- 6) Ordonanță de urgență nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România,
- 7) Hotărârea nr. 2/2009 privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical,
- 8) Ordinul nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor asociate asistenței medicale,
- 9) Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public.

## CUPRINS

Capitolul 1	Dispoziții generale
Capitolul 2	Definire și cadru de aplicare
Capitolul 3	Structura organizatorică
Capitolul 4	Atribuțiile spitalului
Capitolul 5	Atribuțiile personalului
Capitolul 6	Principiul nediscriminării și al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnității
Capitolul 7	Drepturile și obligațiile conducerii spitalului
Capitolul 8	Drepturile și obligațiile salariaților
Capitolul 9	Circuitul actelor medicale în spital
Capitolul 10	Securitatea și sănătatea în muncă
Capitolul 11	Protecția maternității la locul de muncă
Capitolul 12	Conducerea spitalului
Capitolul 13	Timpul de muncă și timpul de odihnă
Capitolul 14	Procedura privind soluționarea petițiilor adresate spitalului de către salariați sau de către terțe persoane
Capitolul 15	Răspunderea disciplinară
Capitolul 16	Răspunderea patrimonială
Capitolul 17	Regimul de acces în spital
Capitolul 18	Dispoziții finale

## CAPITOLUL I

### **DISPOZITII GENERALE**

**Art. 1** - Centrul Clinic de Boli Reumatismale “Dr. Ion Stoia” cu sediul în Bucureşti, str. Thomas Masaryk nr. 5, sector 2 este înființat conform OMSPS nr. 288/17.03.1961, prin reprofilarea Spitalului Unificat de Şantier în Centrul Metodologic de Reumatologie – aşa cum se regăseşte în documente instituţiei.

Prin Dispoziția Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București nr. 202/23.06.2003 se schimbă denumirea unității în Centrul de Boli Reumatismale “Dr. Ion Stoia”, iar prin Dispozitia nr. 220 din 18.12.2012 a Consiliului General al Municipiului Bucureşti se redenumește în Centrul Clinic de Boli Reumatismale “Dr. Ion Stoia”.

**Art. 2** - Spitalul – Centrul Clinic de Boli Reumatismale “Dr. Ion Stoia”, denumit în continuare “spitalul ” are ca principal obiectiv de activitate furnizarea către populație de servicii medicale de specialitate în reumatologie, după cum urmează:

- a) asistența medicală spitalicească
- b) asistență medicală ambulatorie și de recuperare

cu adresabilitate pentru populația atât din mediul urban, cât și din cel rural.

**Art. 3** - Veniturile spitalului provin din următoarele surse:

- contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București;
- sume primite de la bugetul de stat;
- donații;
- sponsorizări;
- venituri proprii.

**Art. 4** - “Spitalul” se află în subordinea Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale Bucuresti din cadrul Primariei Municipiului Bucuresti din anul 2009 și și este ordonator terțiar de credite.

## CAPITOLUL II

### DEFINIRE SI CADRU DE APLICARE

**Art. 5** - Regulamentul Intern cuprinde regulile si normele de conduită necesare pentru desfășurarea activității spitalului în condiții optime.

Prezentul "Regulament" se aplică tuturor angajatilor spitalului, indiferent de durata contractului individual de munca, de modul de salarizare sau de timpul de munca prestat. Se aplică, de asemenea, și celor care efectuează garzi, voluntariat, stagii de practică, schimburi de experiență sau sunt în curs de formare profesională (rezidenți, studenți, elevi, etc.), participă la cursuri de specializare sau de perfecționare.

Persoanele încadrate în alte unități sanitare care desfășoară activități cu caracter temporar, în cadrul spitalului, sunt obligate să respecte, pe lângă normele interne de disciplina a muncii stabilite de unitățile la care sunt angajate și regulile de disciplina specifice spitalului, precum și prezentul Regulament intern.

Firmele de specialitate, care asigură diverse servicii în incinta spitalului în baza unor contracte, au obligația de a respecta prevederile prezentului Regulament intern.

Regulamentul intern nu cuprinde clauze contrare legilor și dispozitiilor din Contractul Colectiv de munca aplicabil. În cazuri exceptionale, în care se regăsesc contradicții, **primează** dispozitiile Contractului Colectiv de Munca.

**Art. 6** - Prezentul Regulament stabilește cadrul organizatoric al spitalului, regulile de desfășurare a activității acestuia, drepturile și obligațiile angajatorului și ale salariaților.

## CAPITOLUL III

### STRUCTURA ORGANIZATORICA

**Art. 7** "Spitalul" este spital clinic de mono-specialitate cu un numar de 126 paturi, activitatea desfășurându-se după următoarea structură:

#### Structura activitatii medicale

A. **Secții cu paturi, total 126 paturi**, din care:

- ↳ secția I reumatologie = 27 paturi
- ↳ secția II reumatologie = 27 paturi
- ↳ secția III reumatologie = 54 paturi

2) **Compartiment Spitalizare de Zi** = 20 paturi

3) **Compartiment de Supraveghere, Prevenire a Infecțiilor asociate Asistenței medicale**

4) **Compartiment Statistică și Informatică Medicală**

5) **Cabinet Osteodensitometrie**

6) **Cabinet Internări/Camera de gardă**

7) **Laboratoare:**

- ↳ analize medicale (imunologie, biochimie)
- ↳ radiologie și imagistică medicală
- ↳ recuperare, medicină fizică și balneologie (baza de tratament)
- ↳ explorări funcționale

8) **Farmacie** (cu circuit închis)

9) **Ambulatoriul Integrat al "spitalului"**, cu următoarea componență:

- ↳ cabinet recuperare, medicină fizică și balneologie
- ↳ cabinete reumatologie
- ↳ laborator recuperare, medicină fizică și balneologie (baza de tratament)
- ↳ sala de tratamente

10) **Aparat funcțional (RUNOS, Contabilitate, Administrativ, Achiziții, Tehnic)**

11) **Alte structuri organizatorice:**

- ↳ Consiliul de Administrație, format din 2 membri reprezentanți ai Consiliului General al Municipiului București, 1 membru reprezentant al Primarului General al Municipiului București, 1 membru reprezentant al Universității de Medicină și Farmacie, 1 membru din cadrul Direcției de Sănătate Publică, iar ca membri cu calitate de invitat: 1 membru din cadrul Colegiului Medicilor din București, 1 membru din cadrul OAMMR, 1 membru din partea Uniunii Sindicale SANITAS;
- ↳ Comitetul director, format din managerul spitalului, directorul medical, și directorul finanțier-contabil;
- ↳ Comisie de etica profesională
- ↳ Comisia medicamentului
- ↳ Consiliul medical alcătuit din şefii de secții, de laboratoare, farmacist primar;
- ↳ Consiliul etic
- ↳ Comitet de sănătate și securitate în munca
- ↳ Biroul Managementului Calității Serviciilor Medicale

- ↳ Comisia pentru monitorizarea, coordonarea si indrumarea metodologica a dezvoltarii sistemului de control intern/managerial
- ↳ Comisie de disciplină

#### Structura activitatii economico-financiare si administrative

1. Birou Contabilitate
2. Compartiment Resurse Umane, Normare, Organizare și Salarizare
3. Serviciul Aprovizionare, Administrativ, Transport și Achiziții Publice, Tehnic
  - atelier mecanic
  - magazii
  - arhiva personal

## CAPITOLUL IV

### ATRIBUTIILE SPITALULUI

**Art. 8.** Spitalul are in principal, urmatoarele atributii:

1. furnizarea de servicii medicale de specialitate reumatologie, precum în specialitățile conexe;
2. efectuarea consultatiilor, investigatiilor, tratamentelor si altor ingrijiri medicale pacientilor;
3. stabilirea corecta a diagnosticului si a conduitei terapeutice pentru pacientii asistati;
4. stabilirea necesarului de medicamente si materiale sanitare in scopul realizarii unei ingrijiri eficiente a pacientilor;
5. asigurarea necesarului de hrana pentru pacienti, cu respectarea alocatiei, stabilita conform legii;
6. prevenirea si combaterea infectiilor asociate asistenței medicale;
7. asigurarea masurilor de protectie si securitate in munca, aparare civila si PSI, conform legislatiei in vigoare;
8. sa asigure cadrul organizatoric, mijloacele de protectie si pregatirea pentru activitatea de protectie civila si aparare impotriva dezastrelor;
9. interactioneaza/ colaboreaza cu cadrele universitare in vederea pregatirii si perfectionarii medicilor rezidenti, masteranzilor si doctoranzilor, altor categorii de personal medical;
10. sa respecte obligatiile prevazute de Codul muncii.
11. asigură frecvența schimbării echipamentului pentru personalul care lucrează în spital, ori de cate ori este nevoie.
12. asigura schimbarea lenjeriei pacientilor astfel: săptămânal sau ori de cate ori este nevoie
13. stabeleste programul orar de curatenie al saloanelor/rezervelor si anexelor sanitare ale acestora astfel: de 3 ori pe zi sau ori de câte ori este nevoie.

## CAPITOLUL V

### ATRIBUTIILE PERSONALULUI

**Art. 9** Principalele atributii ale personalului sunt:

1. sa asigure pacientilor asistenta medicala de calitate;
2. sa realizeze manipularea medicamentelor (inclusiv a celor cu regim special), conform normelor specifice in materie;
3. sa realizeze permanent educatia sanitara a pacientilor prin activitati de consiliere;
4. sa foloseasca si sa pastreze echipamentul si instrumentarul cu care lucreaza, sa participe la colectarea instrumentarului si materialelor de unica folosinta utilizat si sa asigure colectarea acestora in recipiente speciale, în vederea distrugerii conform prevederilor legale;
5. sa respecte normele in vigoare privind preventirea si combaterea infectiilor asociate asistenței medicale;
6. sa respecte secretul profesional si confidentialitatea datelor/ informatiilor/ documentelor despre care au luat cunostinta la locul de munca;
7. sa respecte programul de lucru;
8. personalul sanitar, cu studii superioare si medii, are obligatia de a introduce in sistemul informatic al spitalului prin aplicatia Hospital Manager sau in orice alte sisteme informatici conform dispozitiilor primite, datele de identificare, precum si toate datele medicale ale pacientilor îngrijiti, procedurile medicale – analize de laborator, examene radiologice, tratamente fiziokineticoterapeutice -, medicație, codificarea diagnosticelor, scrisoarea medicală/bilet de ieșire, prescripții medicale din F.O.C.G., precum si alte informatii expres prevazute in actele normative aplicabile.
9. sa indeplineasca orice alte sarcini de serviciu in scopul bunei functionari a activitatii spitalului, stabilite prin fisa postului si conform pregatirii sale profesionale;
10. sa respecte obligatiile prevazute de Codul muncii
11. respecta circuitul F.O.C.G. si anume:
  - a) dupa ce medicul de garda, in urma consultului pacientului care se prezinta la camera de garda, hotaraste internarea acestuia, asistentul medical aflat in tură întocmește FOOG, după care medicul de garda precizează diagnosticul la internare.
  - b) FOOG se completeaza cu toate datele de identificare ale pacientului respectandu-se completarea tuturor rubricilor FOOG, în conformitate cu documentele prezentate de pacient;
  - c) FOOG se inregistreaza in Registrul de internari si apoi este transmisa sectiei pe care se interneaza pacientul.
  - d) in sectie, asistenta sefa primeste si înregistrează FOOG, iar in lipsa acesteia asistenta din tura respectivă.

## **Circuitul Foi de observație (F.O.C.G.)**

1. Medicul de internări/gardă (primar sau specialist) este cel care decide oportunitatea internării.

Registratorul medical/statisticianul medical/asistentul medical de la Cabinetul de Internări/Camera de Gardă este prima persoană care operează asupra F.O., introducând în calculator datele de identitate după cartea de identitate și notând ora la care pacientul s-a prezentat în Spital. Datele de contact ale pacienților/aparținătorilor vor fi notate în formularul denumit « consumămant informat », care va fi atașat la F.O.

Medicul de internări/gardă preia F.O., notează ora la care pacientul a fost consultat pentru prima dată și are obligația de a consemna:

- Diagnosticul de trimitere (atunci când există bilet de trimitere);
- Diagnosticul de internare;
- Mențiونarea și parafarea caracterului de urgență (dacă este cazul)

Acest lucru nu trebuie efectuat de către medicii rezidenți!

F.O. rămâne la medicul curant/gardă care are obligația de a consemna exact în momentul internării motivele internării (detaliat, completarea primei rubricii a foii tip din spital), tratamentul prescris, precum și ora la care pacientul a primit pentru prima dată tratament. Aceste două rubrici nu trebuie completate de către medicii rezidenți.

Apoi o completează cu:

Antecedente personale fiziologice, antecedente personale patologice, antecedente heredo-colaterale, istoricul bolii, istoricul tratamentelor următe, examenul somatic pe aparate și sisteme, examenul psihic al stării prezente.

F.O. rămâne în camera asistentelor, ulterior însotind pacientul la secție, în momentul în care acesta poate părăsi Camera de Gardă și este repartizat.

Ajunsă în secție, asistenta șefă preia F.O., notează în aceasta, ora la care pacientul a ajuns la secție, ulterior înmânând-o medicul șef de secție, care face repartiția pacienților nou internați, apoi F.O. este prezentata medicului curant al pacientului (specialist sau primar), singurul care poate consemna decizii referitoare la:

- schimbările de tratament
- examene clinice și paraclinice necesare (care trebuie semnate și parafate de către medicul curant). Timpul mediu de sosire al rezultatelor analizelor cele mai uzitate în spital este de:
  - analizele uzuale: a două zi (pentru situația de urgență – max. 2 ore)
  - sumar de urină: două zile
  - analize de strictă specialitate: între două și șapte zile
- diagnosticul la 72 de ore: este consemnat în FO de către medicul curant
- diagnosticul la externare (atât cel principal, cât și cele secundare)

În momentul externării, epicriza trebuie redactată exclusiv de către medicul curant și va fi scrisă atât în programul computerizat, cât și de mâna în F.O., notându-se ora externării.

La externare, foaie de internare este preluată de către asistenta șefă, după ce medicul curant a înmânat pacientului toate documentele cu care acesta trebuie să plece din spital (bilet de ieșire, scrisoare medicală, rețete, concediu medical, alte bilete de trimitere în vederea unor consulturi interdisciplinare suplimentare) și i-a acordat pacientului toate lămuririle necesare.

Dupa externarea pacientului F.O. este transmisa de catre asistenta sefa a secției catre Compartimentul Statistica care o arhiveaza. F.O.CG se păstrează pe perioadă nelimitată.

În cazul în care, la externare pacientul solicită un Certificat Medical timbrat din care să rezulte diagnosticele stabilite de medicul curant reumatolog, acesta va fi redactat de secretariatul instituției, întocmirea referatului medical se va face de către medicul curant și avizat de medicul șef al secției și directorul medical, urmând ca după semnarea acestuia de Managerul instituției, secretariatul să îl timbreze și stampileze spre a fi înmânat pacientului.

În cazul petițiilor cu implicații ale actului medical (pacienți care sesizează aspecte legate de modalitatea internării, petiții referitoare la opinii medicale sau calitatea serviciilor actului medical), răspunsurile vor fi redactate și semnate după analiza cazului de către Medicul Șef de Secție, împreună cu Directorul Medical, medicul curant și Departamentul Juridic al spitalului, situația în cauză fiind adusă la cunoștința Managerului.

Raspunsul este semnat de către Manager, de catre Directorul Medical (in functie de obiectul cererii) si de catre Seful compartimentului / Secției Clinice care l-a redactat / medicul curant si se expediaza potențului.

Cate o copie atât a reclamației pacientului, cât și a răspunsului formulat acestuia (ambele purtând număr de înregistrare dat de secretariatul spitalului – de intrare, respectiv de ieșire), vor fi trimise către Secția unde pacientul a fost internat și vor fi atașate foii de observație a pacientului.

Un alt exemplar al petiției și răspunsului va rămâne la Directorul Medical, care are obligația să cunoască toate petițiile pe care pacienții le adresează spitalului (și care implică actul medical), iar cel de al treilea exemplar va fi trimis către potenț.

## CAPITOLUL VI

### PRINCIPIUL NEDISCRIMINĂRII ȘI AL ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII

**Art. 10** (1) Relațiile dintre instituție și angajații săi sunt guvernate de principiul nediscriminării și al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnității, principiu garantat prin Constituția României.

(2) În cadrul relațiilor de muncă funcționează principiul egalității de tratament față de toți angajații, indiferent de vechimea în muncă, funcția în care sunt încadrați.

(3) Este interzis orice fel de discriminare directă sau indirectă față de un angajat, bazat pe criterii de sex, orientare sexuală, caracteristici genetice, vîrstă, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenența politică sau sindicală.

(4) Prin discriminare directă se înțeleg actele și faptele de excludere, deosebire, restricție sau preferință, întemeiate pe unul sau mai multe dintre criteriile prevăzute la alin. (3), care au drept scop sau efect neacordarea sau restrângerea drepturilor prevăzute de legislația muncii.

(5) Prin discriminare indirectă se înțeleg actele și faptele întemeiate în mod aparent pe alte criterii decât cele prevăzute la alin. (3), dar care au ca efect o discriminare directă.

(6) Eliminarea tuturor formelor de discriminare se realizează prin:

- a) soluționarea pe cale amiabilă a conflictelor apărute ca urmare a săvârșirii de acte sau fapte de discriminare;
- b) sancționarea comportamentului discriminatoriu.

**Art. 11** Orice angajat care prestează o muncă beneficiază de condiții de muncă adecvate activității desfășurate, de securitate și sănătate în muncă, precum și de respectarea demnității și a conștiinței sale, fără nici o discriminare.

**Art. 12** Angajaților le sunt recunoscute dreptul la plată egală pentru munca egală, dreptul la negocieri colective, dreptul la protecția datelor cu caracter personal, dreptul la protecție împotriva concedierilor nelegale.

## CAPITOLUL VII

### DREPTURILE SI OBLIGATIILE CONDUCERII SPITALULUI

**Art. 13.** Drepturile conducerii Spitalului sunt :

- a. sa stabileasca organizarea si functionarea unitatii;
- b. sa stabileasca atributiile corespunzatoare pentru fiecare salariat, în conditiile legii;
- c. sa dea dispozitii cu caracter obligatoriu pentru salariat, sub rezerva legalitatii acestora;
- d. sa exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu;
- e. sa constate savârsirea abaterilor disciplinare si sa aplice sanctiunile corespunzatoare, potrivit legii și ale Contractului Colectiv de Munca aplicabil și regulamentului intern;
- f. sa repartizeze sau sa redistribuie salariatii pe posturi, conform pregatirii si aptitudinilor fiecaruia, in vederea indeplinirii obiectivelor;
- g. sa stabileasca modalitatile si caile de organizarea si functionare a institutului conform normelor legale in vigoare, pentru asigurarea in coditii optime a activitatii medicale, de cercetare si invatamant medical;
- h. sa stabileasca atributiile corespunzatoare pentru fiecare compartiment de munca si pentru fiecare salariat, conform specificului activitatii in conditiile legii si/sau contractului colectiv de munca la nivel national sau la nivel de ramura sanitara, aplicabil;

Aceste drepturi nu sunt limitative.

**Art. 14.** Obligatiile Spitalului sunt urmatoarele:

1. sa informeze salariatii asupra conditiilor de munca si asupra elementelor care privesc desfasurarea relatiilor de munca;
2. sa asigure permanent conditiile de munca conform Normelor de securitate si sanatate in munca;
3. sa acorde salariatilor toate drepturile ce decurg din lege, Contractul Colectiv de Munca si Contractul Individual de Munca;
4. sa comunice periodic salariatilor situatia economica - financiara a unitatii;
5. sa plateasca toate contributiile si imozitele aflate in sarcina sa, precum si sa retina si sa vireze contributiile si imozitele datorate de salariat, conform legii;
6. sa înfiinteze registrul general de evidenta a salariatilor si sa opereze înregistrarile prevazute de lege;
7. sa elibereze, la cerere, toate documentele care atesta calitatea de salariat a solicitantului;
8. sa asigure confidentialitatea datelor cu caracter personal ale salariatilor;
9. sa organizeze timpul de lucru in program normal de 8/16 și 12/24 ore/zi-noapte, ture, conform legii;

10. sa asigure cursuri de pregatire si calificare profesionala a salariatilor in vederea cresterii calitatii actului medical;
11. sa asigure conditiile materiale (aprovisionarea cu medicamente, materiale sanitare, combustibil, energie electrica, logistica) necesare desfasurarii activitatii spitalului in bune conditii;
12. sa intocmeasca si sa transmita salariatilor fisele de post cu atributiile ce le revin;
13. sa asigure conditiile pentru activitatea de aparare civila;
14. sa asigure conditiile pentru aplicarea normelor igienico-sanitare si sa se preocupe de imbunatatirea conditiilor de munca;
15. sa asigure accesul salariatilor la serviciul medical de medicina muncii;
16. sa asigure conditiile pentru acordarea asistentei medicale competente si la standarde profesionale ridicate ;
17. efectuarea consultatiilor, investigatiilor, tratamentelor si altor ingrijiri medicale pacientilor care se adreseaza spitalului;
18. sa asigure conditiile organizatorice si tehnice in scopul relizarii la parametrii cantitativi si calitativi a indicatorilor propusi;
19. sa aprovizioneze Spitalul cu medicamente si materiale sanitare necesare;
20. sa urmăreasca asigurarea unei alimentatii corespunzatoare din punct de vedere cantitativ si calitativ, respectand încadrarea în alocatia de hrana alocata conform legislatiei in vigoare;
21. sa ia masuri coprespunzatoare pentru organizarea activitatii astfel incat aceasta sa se desfasoare in conditii de disciplina si siguranta;
22. sa asigure respectarea Legii drepturilor pacientului;
23. sa exercite control asupra modului de indeplinire a obligatiilor de serviciu de catre salariati;
24. sa asigure functionarea si exploatarea aparaturii si utilajelor medicale la parametrii optimi;

## CAPITOLUL VIII

### DREPTURILE SI OBLIGATIILE SALARIATILOR

**Art.15. Drepturile salariatilor sunt:**

- a. dreptul la salarizare pentru munca depusa;
- b. dreptul la repaus zilnic si saptamanal;
- c. dreptul la concediu de odihna anual;
- d. dreptul la egalitate de sanse si tratament;
- e. dreptul la demnitate in munca;
- f. dreptul la sanatate si securitate in munca;
- g. dreptul la acces la formare si perfectionare profesionala;
- h. dreptul la informare si consultare;
- i. dreptul de a participa la determinarea si ameliorarea conditiilor de munca si a mediului de munca;
- j. dreptul la protectie in caz de concediere;
- k. dreptul la negociere colectiva si individuala;
- l. dreptul de a participa la actiuni colective;

- m. dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat;
- n. alte drepturi prevazute de lege sau de contractele colective de munca aplicabile.

**Art.16. Obligatiile salariatilor sunt urmatoarele:** sa realizeze norma de munca, personalul Spitalului avand obligatia sa isi desfasoare activitatea in mod responsabil, conform reglementarilor legale, codului de deontologie medicala, prezentului Regulament Intern si cerintelor prevazute in fisa postului si contractul individual de munca.

Fisa postului unui salariat poate fi modificata si/sau completata de angajator in timpul executarii contractului individual de munca, fara consimtamantul salariatului, in oricare dintre urmatoarele situatii:

- a) atributiile(sarcinile) de serviciu inscrise in fisa postului nu asigura un grad complet de ocupare a timpului normal de munca.
- b) au aparut acte normative noi, care impun salariatului in cauza un alt tip de obligatii sau obligatii suplimentare fata de cele inscrise in fisa postului.
- c) sarcinile de serviciu nu mai corespund specificului functiei ocupate sau conditiilor pentru care au fost stabilite.
- d) exista o neconcordanta intre functia ocupata de salariatul in cauza si atributiile inscrise in fisa postului.
- e) salariatul in cauza este promovat in functie sau avansat intr-un grad profesional ori intr-o treapta profesionala superioara, ori este trecut intr-o functie inferioara sau in cadrul altui compartiment.

2) sa respecte disciplina muncii, programul de lucru, procesele tehnologice si prescriptiile de calitate stabilite pentru buna desfasurare a activitatii, sa foloseasca integral si cu maxima eficienta timpul de munca;

3) obligatia de a respecta prevederile cuprinse in regulamentul intern, in contractul colectiv de munca aplicabil, precum si in contractul individual de munca;

4) obligatia de fidelitate fata de angajator in executarea atributiilor de serviciu;

5) sa respecte masurile de securitate si sanatate a muncii in unitate

6) sa respecte secretul de serviciu ;

7) salariatilor le este interzis sa intrebuinteze in scopuri personale, sa sustraga, sa comunice altora sau sa copieze documente/date/informatii care le-au fost incredintate sau la care au acces in timpul serviciului (inclusiv datele personale ale salariatilor);

8) sa cunoasca, sa respecte si sa aplice normele si instructiunile de functionare a echipamentelor si a utilajelor de lucru;

9) sa cunoasca si sa respecte normele de protectie a muncii, de folosire a echipamentului de protectie si a echipamentului de lucru si sa contribuie la preintimpinarea accidentelor de munca;

10) sa se prezinte la examenele periodice medicale si psihologice in cazurile si conditiile stabilite de medicul de Medicina Muncii ;

11) sa cunoasca si sa respecte normele de preventie si stingere a incendiilor si sa contribuie la apararea integritatii bunurilor si valorilor spitalului;

12) sa nu lase fara supraveghere, in timpul programului de munca, instrumentele si instalatiile in functiune, sa le dea in primire sau sa le asigure in mod corespunzator, la terminarea lucrului;

13) sa nu paraseasca, la terminarea programului, locul de munca pina la sosirea schimbului, acolo unde se lucreaza fara intrerupere, iar in caz de neprezentare a acestuia sa anunte conducatorul ierarhic, pentru a se lua masurile necesare;

- 14) sa participe la instructajele organizate pentru insusirea instructiunilor de serviciu;
- 15) sa-si perfectioneze pregatirea profesionala;
- 16) sa-si insuseasca cunostintele necesare indeplinirii sarcinilor de serviciu, precum si legile, regulamentele, instructiunile si ordinele referitoare la sarcinile de serviciu;
- 17) sa dea dovada de initiativa, simt de raspundere si grija deosebita in administrarea si buna conservare a instalatiilor precum si a altor mijloace materiale, bunuri si valori incredintate;
- 18) sa se prezinte la serviciu in starea corespunzatoare indeplinirii in bune conditii a sarcinilor, sa nu introduca si sa nu consume bauturi alcoolice la locul de munca si sa nu lucreze sub influenta lor;
- 19) in timpul serviciului sa nu paraseasca locul de munca, cu exceptia situatiilor in care acest lucru este permis;
- 20) sa respecte regulile de acces in unitate, sa nu primeasca persoane straine la locul de munca, decit in conformitate cu reglementarile legale in vigoare;
- 21) sa se prezinte, la cererea spitalului, in cel mai scurt timp la serviciu pentru: prevenirea sau inlaturarea efectelor unor calamitati cum sunt inundatiile, furturile, incendiile si altele asemenea, precum si in situatii de urgența medicala;
- 22) sa poarte corect uniforma si ecusonul in timpul programului de lucru si sa respecte dispozitiile in vigoare cu privire la folosirea acesteia;
- 23) sa respecte programul stabilit pentru vizite si sa se ingrijeasca sa fie afisat permanent;
- 24) sa adopte si sa manifeste o comportare civilizata in relatiile de serviciu;
- 25) in relatiile cu persoane din afara unitatii si cu pacientii, salariatii vor avea o comportare civilizata, concretizata prin tinuta corespunzatoare, corecta, demna, cu viincioasa, vor manifesta solicitudine, vor evita discutiile neprincipiale si contradictorii,
- 26) sa nu aiba alte preocupari in timpul programului de lucru decat cele legate de realizarea sarcinilor de serviciu;
- 27) sa pastreze curatenia la locul de munca;
- 28) in conditiile in care nu poate sa-si indeplineasca atributiile de serviciu, este obligat sa informeze in scris pe seful ierarhic;
- 29) in conformitate cu prevederile din Codul Muncii si prezentului regulament, salariatii raspund pentru pagubele aduse unitatii din vina si in legatura cu munca lor;
- 30) sa manifeste sinceritate si onestitate fata de spital, sa-i respecte autoritatea si sa apere interesele si prestigiul acesteia;
- 31) salariatul aflat in imposibilitatea de prezentare la locul de munca este obligat sa anunte, prin orice mijloace, pe seful locului de munca despre imposibilitatea prezentarii la lucru, in termen de cel mult 3 zile de la ivirea situatiei;
- 32) sa execute orice alte obligatii ce le revin in temeiul reglementarilor in vigoare, al contractului individual de munca ;
- 33) sa respecte reglementarile legale referitoare la completarea si calitatea foilor de observatie si in general a tuturor componentelor informatiei medicale necesare gestiunii corecte si eficiente a activitatilor de ingrijire acordate in Spital;
- 34) sa respecte legea drepturilor pacientului si legea internarii nonvoluntare, sa pastreze confidentialitatea datelor cu caracter personal ale pacientilor internati si ale personalului, conform legii nr. 677/2001.
- 35) sa nu conditioneze efectuarea activitatilor din cadrul obligatiilor de serviciu de primirea de la bolnavi sau apartinatori de bani sau foloase materiale.

36) sa aiba o comportare civilizata in cadrul relatiilor de serviciu, sa intretina relatii de colaborare normale cu ceilalti membri ai colectivului in care isi desfasoara activitatea din societate;

37) sa instiintzeze seful ierarhic superior de indata ce au luat la cunostinta de existenta oricaror nereguli in legatura cu activitatea ce se desfasoara in cadrul Spitalului, actionand pentru diminuarea efectelor acestora si pentru prevenirea situatiilor care pun in pericol viata persoanelor sau prejudicierea patrimoniului Spitalului;

38) sa instiintzeze Compartimentul de resurse umane, in termen de 5 zile, cu privire la modificarea datelor din actul de identitate (stare civila, domiciliu, alte date personale, a nr. de telefon);

39) personalul medical cu studii superioare si medii are obligatia de a-si actualiza actele necesare exercitarii functiilor respectiv: contractul de asigurare (Malpraxis), Certificatul de Membru al Colegiului Medicilor etc. Acestea vor fi transmise in termen de 2 zile lucratoare, Compartimentului RUNOS;

40) sa insiintzeze angajatorul privind aparitia stării de incapacitate temporară de muncă și sa comunice datele de identificare, respectiv numele medicului prescriptor și unitatea în care funcționează acesta, în termen de 24 ore de la data acordării condeiului medical. În situația în care apariția stării de incapacitate temporară de muncă a intervenit în zilele declarate nelucrătoare, asigurații au obligația de a însiința plătitorii de indemnizații de asigurări sociale de sănătate în prima zi lucrătoare.

41) sa prezinte certificatele de condeiu medical, la Compartimentul Resurse Umane, pana cel mai tarziu la data de 05 ale lunii urmatoare celei pentru care a fost acordat condeiu, in caz contrar se va refuza plata indemnizatiilor de condeiu medical. Constitue refuzuri justificate la plata indemnizatiilor de concedii medicale urmatoarele situatii:

- necompletarea tuturor rubricilor din certificatul de condeiu medical de catre medicul care a eliberat sau avizat respectivul certificat;

- neprezentarea certificatului de condeiu medical in termenele prevazute de lege si de prezentul regulament;

- acordarea retroactiva a certificatelor de condeiu medical in afara situatiilor prevazute de prevederile legale;

- certificatele de condeiu medical ce depasesc durate maxime prevazute de dispozitiile legale;

- amanarea platii, ca urmare a sesizarii comisiilor care efectueaza controlul de catre angajatorul care a constat eliberari nejustificate de concedii medicale;

- alte situatii similare temeinic fundamentate;

42) Sa nu permita/inlesneasca patrunderea/stationarea in incinta spitalului a persoanelor din mass-media fara acordul managerului spitalului.

43) Sa nu ofere informatii verbale/scrise/foto/video, sa nu permita/inlesneasca efectuarea de inregistrari audio/video in incinta spitalului fara acordul managerului.

Fisa postului va fi reexaminata, de seful sectiei/compartimentului/ serviciului/biroului unde este incadrat salariatul in cauza, dupa care este supusa aprobarii managerului Spitalului.

Fisa postului, in forma reexaminata si aprobată de manager, va fi inmanata salariatului, in 2 exemplare originale, de catre seful sau ierarhic superior.

Salariatul a carui fisa a postului a fost supusa reexaminarii si aprobarii are obligatia sa semneze, de indata pentru luare la cunostinta, cele 2 exemplare, unul dintre ele ramanand in posesia lui, iar cel de-al doilea exemplar fiind inapoiat de indata sefului sau ierarhic superior.

Refuzul implicit sau explicit de a indeplini obligatia prevazuta in fisa postului echivaleaza cu refuzul de executare (indeplinire) a atributiilor (sarcinilor) de serviciu si constituie abatere disciplinara grava.

**Art.17. Reglementarea programului de lucru:**

Activitatea este consemnata zilnic in condicile de prezenta pe sectii si compartimente de munca, cu trecerea orei de incepere a programului si ora de terminare a programului.

Condicile de prezenta sunt verificate de medicul sef, care are obligatia de a confirma prin semnatura in pontaje concordanta intre condica, pontaj, care corespund cu realitatea (munca prestată in cursul lunii).

- Pentru salariatii angajati cu norma intreaga durata normala de munca este de 7-8 ore/zi si 35-40 ore/saptamana.
- Medicii de pe sectiile spitalului au un program de lucru de 7 ore continuu sau divizat astfel:
  - activitate curenta de minimum 6 ore in cursul diminetii in zilele lucratoare;
  - 18 de ore garda lunar.

In linia de garda vor fi inclusi toti medicii de specialitate din unitate, cu exceptia medicilor confirmati in specialitati paraclinice, stomatologie si a medicilor de medicina generala.

Medicii care se afla in una dintre situatiile nominalizate mai jos, pe timpul cat dureaza aceste situatii, sunt scutiti de a fi inclusi in graficul de garzi:

- pensionarii de invaliditate gradul III;
- femeile gravide incepand cu luna a 6-a, cele care alapteaza;
- medicii care au program redus cu o patrime din durata normala a timpului de lucru, pe baza de certificat medical.

Medicii angajati cu jumata de norma au program 10,00 - 13,30.

Asistentii, infirmierii de pe sectiile spitalului vor lucra in ture de 8/16 ore si 12/24 ore .

**Program de lucru**

Personalul angajat pe sectii:

**Medici șefi de secție, Medici :**

- 6 ore activitate curenta in cursul diminetii, orele: 8:00 – 14:00;
- 18 ore garda lunar;

**Asistenti medicali șefi:**

07,30 – 15,30

**Asistenti medicali:**

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| ⇒în program de 8/16 ore libere  | 07,30 – 15,30 ;            |
| ⇒în program de 12/24 ore libere | tura zi: 07,30 – 19,30 ;   |
|                                 | tura noapte: 19,30 – 07,30 |

**Infirmieri: 2 sau 3 ture, după caz - cu program de 8/16, sau 12/24 ore libere**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ⇒ în program de 8/16 ore libere | tura zi: 06,00 – 14,00          |
|                                 | tura după-amiază: 14,00 – 22,00 |
|                                 | tura noapte: 22,00 – 06,00      |

⇒ în program de 12/24 ore libere	tura zi:	06,00 – 18,00
	tura noapte:	18,00 – 06,00

Ingrijitori: 2 sau 3 ture, după caz - cu program de 8/16, sau 12/24 ore libere

⇒ în program de 8/16 ore libere	tura zi:	06,00 – 14,00
	tura după-amiază:	14,00 – 22,00
	tura noapte:	22,00 – 06,00
⇒ în program de 12/24 ore libere	tura zi:	06,00 – 18,00
	tura noapte:	18,00 – 06,00

Registratori medicali, statisticieni medicali: 8 ore, luni – vineri 07,30 – 15,30

#### Compartimentul SPIAAM

Medici: 7 ore, luni- vineri 08,00 – 15,00

#### Farmacie:

Farmacisti: 7 ore, luni – vineri 08,00 – 15,00

Asistenti farmacie : 8 ore, luni – vineri 07,30 – 15,30

#### Laborator analize medicale:

Medici: 7 ore, luni – vineri 08,00 – 15,00

Asistenti: 7 ore, luni – vineri 08,00 – 15,00

#### Radiologie

<u>Medici:</u>	6 ore, luni – vineri	tura zi: 08,00 – 14,00
		tura după-amiază: 12,00 – 18,00
<u>Asistenti:</u>	6 ore, luni – vineri	tura zi: 08,00 – 14,00
		tura după-amiază: 12,00 – 18,00

#### Explorari functionale :

Medici: 2 ore, luni – vineri 14,00 – 16,00

#### Fizioterapie:

<u>Asistenti medicali:</u>	tura I	8 ore, luni – vineri	07,30 – 15,30
	tura II	8 ore, luni – vineri	12,00 – 20,00

<u>Cultura fizica medicala:</u>	tura I	7 ore, luni – vineri	07,30 – 14,30
	tura II	7 ore, luni – vineri	13,00 – 20,00

Camera de Garda: 24 ore, in zilele lucrătoare, de repaus sapamanal, zilele de sarbatori legale si in celelalte zile in care, potrivit reglementarilor legale, nu se lucreaza, cu incepere de la ora 08,00 cand se preia garda.

Comitet Director: 8 ore, luni – vineri 08,00 – 16,00

Personalul de specialitate din compartimentele RUNOS, Contabilitate, Aprovizionare, Administrativ, Achizitii, Juridic, Tehnic: 8 ore, luni - vineri: 07,00 – 15,00

Magazii 8 ore, luni - vineri: 07,00 – 15,00

Asistentul dietetician: 8 ore, luni – vineri: 07,00 – 15,00

Programul de distribuire a meselor se desfasoara dupa urmatorul orar:

- mic dejun: 07,30 – 08,00
- pranz: 13,00 – 14,30
- cina: 19,00 – 19,30

Program Atelier mecanic:

- liftieri:	8 ore, luni - vineri: 07,00 – 15,00
- fochiști:	tura I: 06,00 – 14,00
	tura II: 14,00 – 22,00
	tura III : 22,00 – 06,00

**Art.18.** Salariatii cu functii si atributii de conducere, pe langa obligatiile prevazute anterior au, dupa caz, obligatii principale:

1. sa aduca la cunostinta salariatilor din subordine obligatiile si raspunderile ce le revin, sa le puna la dispozitie instructiunile pe baza carora acestia sunt obligati sa isi desfasoare activitatea, sa organizeze astfel instruirea incat sa asigure insusirea integrala a instructiunilor de serviciu. Salariatii cu functii si atributii de conducere raspund disciplinar in cazul cand salariatii din subordine savarsesc abateri datorate lipsei de instruire;
2. sa dea dispozitii ferme si precise, asigurand conditiile necesare pentru executarea lor intocmai si la timp;
3. sa ia masuri pentru asigurarea conditiilor corespunzatoare de protectia muncii, PSI si de Protectie civila, respectare a reglementarilor in vigoare in aceasta materie;
4. sa cunoasca aptitudinile, gradul de pregatire si comportamentul salariatilor din subordine, sa asigure, in conditiile legii, selectia angajatilor in raport cu pregatirea profesionala si aptitudinile fizice si psihice ce se cer pentru postul vizat. Angajarea, mentionarea, sau promovarea celor care nu au actele de calificare cerute, nu cunosc sau nu isi indeplinesc sarcinile, ori care, prin comportarea lor, pericliteaza buna desfasurare a activitatii atrage raspunderea directa a salariatilor cu functii si atributii de conducere, conform responsabilitatilor stabilite;
5. sa puna la dispozitia salariatilor, potrivit specificului muncii, toate mijloacele necesare desfasurarii in bune conditii a activitatii si sa asigure starea corespunzatoare a acestora;

**CAPITOLUL IX**  
**CIRCUITUL ACTELOR MEDICALE ÎN SPITAL**

**Art. 19 - Accesul pacientilor la foile proprii de observatie**

Se va respecta Legea Drepturilor Pacientilor, referitor la faptul că au acces la documentația medicală proprie "Pacientul are acces la datele medicale personale."<sup>1</sup> (în perioada internării și după), personal și cu avizul medicului curant / medicul șef de secție.

La Foile de Observație ale pacientilor vor avea acces:

	Personalul care răspunde	Natura funcției
<b>Personal angajat al Spitalului</b>		
1	medicul curant	Întocmire
2	medicul șef de secție	Verificare și certificare
3	medicul rezident care este repartizat să lucreze cu medicul curant al pacientului, după caz	Completare

<sup>1</sup> Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, Monitorul Oficial nr. 51/2003, art. 24

4	medicul de gardă (dacă starea de sănătate a pacientului necesită un consult sau se agravează pe parcursul gărzii)	Verificare și completare
5	medicii de alte specialități medicale de la camerele de gardă ale altor spitale, dacă medicul curant / medicul de gardă a solicitat un consult interdisciplinar, care va fi și consemnat în foaia de observație	Completare
6	directorul medical	Verificare / vizare
7	Managerul, funcție de situații (certificate medicale, sesizări)	Supervizare
8	statisticianul medical	Arhivare
<b>Alte categorii de personal abilitate</b>		
9	studenti, masteranzi, doctoranzi, care desfășoară lucrări de licență / dizertație / doctorat sub directa îndrumare a unui cadru universitar dintr-o universitate cu care spitalul are contract de colaborare cu condiția ca acestia să semneze o declaratie pe proprie raspundere ca nu vor face publice datele de identificare ale pacientului, pastrand anonimatul acestuia și ca vor folosi datele medicale strict în scopul științific anterior precizat.	Cercetare
10	organe de control (instanțe de judecată / Poliție / Parchet / IML / alte organe de cercetare)	Control

**Art. 20** Pacienții nu vor avea acces la foile de observație proprii, acestea nu vor sta pe pat, la îndemâna acestora și/sau a aparținătorilor, nu vor fi fotografiate.

Personalul medical fără calificare corespunzătoare nu va avea acces la F.O.C.G.

Documentele medicale pe care pacienții au dreptul să le primească la externare sunt:

⇒ biletul de externare/scrisoare medicală, în care se vor consemna în scris:

- concluziile tuturor examenelor clinice efectuate pe parcursul internării (dacă este cazul, se va detalia întregul consult),
- rezultatele examinărilor clinice și investigațiilor paraclinice – EEG, ECG, CT, RMN
- tratamentul inițiat, urmat pe parcursul internării, precum și recomandări ulterioare.
- schema de tratament necesar și recomandări legate de acesta, către medicul de familie
- ⇒ rețetă compensată/gratuită (dacă pacientul dovedește calitatea de asigurat)
- ⇒ concediu medical (cu mențiunea că se va nota în foaia de internare seria și numărul concediului medical, precum și seria și numărul rețetei medicale eliberate, dacă pacientul prezintă adeverința emisă de angajator cu numărul de zile de concediu medical din ultimile 12 luni)
- ⇒ în cazul în care pacientul a decedat anunțarea aparținătorilor sau reprezentantului legal se face după 2 ore de la constatarea acestuia de către medicul de gardă/curant.

**Art. 21 Baza de date cu statistică spitalului.** Se păstrează de către salariații Compartimentului de Statistică al spitalului, în modalitate electronică inclusiv în platformele SIUI.

La aceste informații au acces:

- compartimentul statistic
- manager
- director Medical

**Aspecte legislative și concluzii:**

**Art. 22** Operatiunile care duc la eliberarea unor certificate/adeverinte medicale, ce contin date medicale ale unor persoane ce sunt sau au fost pacienti ai spitalului, trebuie sa se desfasoare cu respectarea confidentialitatii informatiilor, asa cum prevad urmatoarele acte normative:

- Legea 677/2001 pentru protectia peresoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatia a acestor date;

- Ordinul avocatului poporului nr. 52/18.04.2002, privind aprobarea cerintelor minime de securitate a prelucrarilor de date cu caracter personal;

- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientilor.

**Art. 23** Spitalul poate elibera adeverinte/certificate/referate, curpinzand informatii medicale privind starea de sanatate a pacientilor, in urmatoarele variante de solicitare a acestor date:

- **la cererea persoanei in cauza (pacientului), exprimata in scris, aceasta va cuprinde:**

⇒ datele de identitate ale solicitantului, respectiv nume si prenume,  
⇒ data completa a nasterii,  
⇒ prenumele parintilor,  
⇒ seria si numarul actului de identitate (buletin/carte de identitate, conform OUG nr. 97 / 2005, aprobată cu modificări prin Legea nr. 290/2005),  
⇒ codul numeric personal,  
⇒ adresa de domiciliu,  
⇒ date despre perioada internarii in spital,  
⇒ scopul solicitării,  
⇒ semnatura.

- **la cererea indirectă a persoanei in cauza, exprimata prin reprezentantul său legal:**

⇒ In cazul copiilor minori, reprezentantii legali ai acestora sunt, de regula, parintii.  
⇒ în atare situații, la cererea pe care o formuleaza, in afara datelor precizate mai sus, se vor adauga seria, numarul si emitentul Certificatului de nastere si se vor atasă copii de pe actul de identitate al parintelui si de pe Certificatul de nastere al copilului.  
⇒ reprezentantul legal al minorului poate fi, conform art. 108 - 123 Cod Civil, tutorele. În acest caz, in cuprinsul cererii sale, in afara celor prezентate, acesta va specifica numarul și data documentului de instituire a tutelei si va atasa o copie legalizata a acesteia.

⇒ reprezentantul legal al persoanei adulte poate fi tutorele sau curatorul.  
In aceste cazuri, in afara datelor prevazute, se vor preciza in cerere, numarul, data si emitentul documentului de instituire a tutelei / curatelei si se va atasa o copie legalizata a acestui document.

- **la cererea unor terți, cu acordul explicit și exprimat in scris al pacientului, conform art. 22 din Legea 46/2003 privind drepturile pacientului, art. 5-7 din Legea 677/2001.** Cererea trebuie sa cuprinda datele prevazute la art. 22.

- **la solicitarea scrisa a organelor de ancheta judiciara (Politie, Parchet).** Solicitarea va cuprinda datele de identificare ale persoanei juridice respective (denumire, sediu, cod

fiscal), nr. dosar de ancheta și scopul solicitării, numar de iesire, numele si prenumele reprezentantului legal si stampila unitatii respective.

- **la solicitarea instantelor judecatoresti.** Solicitarea va cuprinde datele prevazute la paragraful anterior, precum si numarul dosarului de instanta, completul, termenul, obiectul, cauza și partile.
- **la solicitarea Institutiilor de Medicina Legală** prin Comisiile de Expertiza Medico – Legală, conform prevederilor art. 2, art. 15 si art. 17 din Ordonanta Guvernului nr. 1/2000, privind organizarea si functionarea institutiilor de Medicina Legală.
- **la solicitarea Comisiilor de Expertiza a Capacitatii de Munca**, respectiv a **Comisiilor pentru expertizarea gradului de handicap**, conform art. 16 si 17 din Ordinul Ministrului Sanatatii si Secrетarului de stat pentru persoanele cu handicap nr. 90/2002 si Legii 448/2006, cu modificarile și completările ulterioare.
- **la solicitarea medicului de familie**, care trebuie sa cuprinda datele de identificare ale cabinetului (nume si prenumele medicului de familie, numarul si data inregistrarii in Registrul unic al cabinetelor de medicina de familie, sediul, nr. de fisa medicală al pacientului inscris pe lista medicului respectiv, precum și scopul solicitării). Cadrul legal: art. 228 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare.
- **la solicitarea Casei de asigurari de Sanatate**, in cadrul derularii contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti, conform art. 249 si 251 din Legea nr. 95 / 2006, privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare.
- **la solicitarea unei alte unitati medicale.** Solicitarea va cuprinde datele de identificare ale respectivei unitati sanitare (denumire, sediu, cod fiscal), scopul va purta semnatura reprezentantului legal si stampila unitatii.

**Art. 24 Actele medicale eliberate la cererea pacientilor sunt:**

- certificat medical timbrat din care să rezulte diagnosticele stabilite de medicul curant reumatolog, acesta va fi redactat de secretariatul instituției, întocmirea referatului medical se va face de către medicul curant și avizat de medicul șef al secției, urmând ca după semnarea acestuia de Managerul instituției, secretariatul să îl timbreze și stampeze spre a fi înmânat pacientului.

Astfel de certificate se redactează la cererea pacientului sau a reprezentantului legal al acestuia, de regulă, în atenția Comisiei de Expertiză a Persoanelor cu Handicap sau a Comisiei de Expertiză a Capacității de Muncă.

## CAPITOLUL X

### SECURITATEA SI SANATATEA IN MUNCA

**Art.25.** Prin securitate si sanatate in munca, conform prevederilor legale se intlege ansamblul de activitati institutionalizate avand ca scop asigurarea celor mai bune conditii in desfasurarea procesului de munca, apararea vietii si integritatii fizice si psihice, sanatatii lucratilor si a altor persoane participante la procesul de munca.

**Art.26.** Regulile privind securitatea si sanatatea in munca se aplică:

a. persoanelor angajate de catre spital, potrivit legii, inclusiv studenti, elevi in perioada efectuarii stagiuilui de practica;

b. celoralte persoane aflate in unitate, cu permisiunea spitalului, in perioada de verificare prealabila a aptitudinilor profesionale in vederea angajarii, persoane care presteaza activitati in folosul comunitatii sau activitati in regim de voluntariat, precum si someri pe durata participarii la o forma de pregatire profesionala si persoane care nu au contract individual de munca incheiat in forma scrisa si pentru care se poate face dovada prevederilor contractuale si a prestatilor efectuate prin orice alt mijloc de proba.

**Art.27.** Spitalul are obligatia de a asigura securitatea si sanatatea angajatilor in toate aspectele legate de munca.

(2) In cadrul responsabilitatilor sale, spitalul are obligatia sa ia masurile necesare pentru:

a. asigurarea securitatii si protectia salariatilor;

b. preventirea riscurilor profesionale;

c. informarea si instruirea salariatilor;

d. asigurarea cadrului organizatoric si a mijloacelor necesare securitatii si sanatatii in munca;

e. acordarea primului ajutor, stingerea incendiilor si evacuarea angajatilor, adaptate naturii activitatilor si marimii unitatii, tinand seama de alte persoane prezente;

f. stabilirea legaturilor necesare cu serviciile specializate, indeosebi in ceea ce priveste primul ajutor, serviciul medical de urgență, salvare, pompieri;

g. informarea, cat mai curand posibil, a tuturor angajatilor care sunt sau pot fi expusi unui pericol grav si iminent despre riscurile implicate de acest pericol, precum si despre masurile luate ori care trebuie sa fie luate pentru protectia lor;

h. luarea masurilor si furnizarea instructiunilor pentru a da angajatilor posibilitatea sa opreasca lucrul si/sau sa paraseasca imediat locul de munca si sa se indrepte spre o zona sigura, in caz de pericol grav si iminent;

i. a nu impune angajatilor reluarea lucrului in situatia in care exista un pericol grav si iminent, in afara cazurilor exceptionale si pentru motive justificate;

j. a realiza evaluarea riscurilor pentru sanatatea si securitatea in munca, inclusiv pentru acele grupuri sensibile la riscuri specifice;

k. a decide asupra masurilor de protectie care trebuie sa fie luate si, dupa caz, asupra echipamentului de protectie care trebuie utilizat;

l. a tine evidenta accidentelor de munca ce au ca urmare o incapacitate de munca mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor usoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum si a accidentelor de munca;

**Art. 28.** Orice eveniment va fi comunicat conducerii spitalului, de catre conducatorul locului de munca sau orice alta persoana care are cunostinta de producerea acestuia.

(2) Prin eveniment, conform prevederilor legale, se intlege:

- accidentul care a antrenat decesul sau vatamari ale organismului, produs in timpul procesului de munca ori in indeplinirea atributiilor de serviciu,

- accidentul de traseu ori de circulatie, in conditiile in care au fost implicati angajati, incidentul periculos, precum si cazul suspectabil de boala profesionala sau legat de profesie.

- in care o persoana este data disparuta.

**Art. 29.** In caz de pericol iminent evacuarea salariatilor se efectueaza conform planurilor de evacuare afisate in acest scop. Este interzisa manipularea materialelor de stingere a incendiilor in afara utilizarii lor normale, deranjarea in orice mod a accesului nestingherit la ele, precum si spre iesirile de evacuare stabilite.

**Art.30.** Prevederile privind securitatea si sanatatea in munca, ce sunt cuprinse in prezentul Regulament, se completeaza cu prevederile legislatiei incidente in materie, precum si cu procedurile generale si specifice instituite la nivel de unitate pe linie de securitate si sanatate in munca.

**Art.31.** La nivelul Spitalului este constituit un comitet de securitate si sănătate in muncă, PSI si situatii de urgență cu scopul de a asigura implicarea salariatilor in elaborarea si aplicarea deciziilor in domeniul protectiei muncii si care are urmatoarele atributii :

- aproba programul anual de securitate si sanatate in munca;
- urmareste aplicarea acestui program, inclusiv alocarea mijloacelor necesare prevederilor lui si eficienta acestora din punct de vedere al imbunatatirii conditiilor de munca;
- urmareste modul in care se aplica si se respecta reglementarile legale privind securitatea si sanatatea in munca;
- analizeaza factorii de risc de accidentare si imbolnavire profesionala, existenti la locurile de munca;
- analizeaza propunerile salariatilor privind preventirea accidentelor de munca si a imbolnavirilor profesionale, precum si pentru imbunatatirea conditiilor de munca;
- efectueaza cercetari proprii asupra accidentelor de munca si imbolnavirilor profesionale;
- efectueaza inspectii proprii privind aplicarea si respectarea normelor de securitate si sanatate in munca;
- informeaza inspectoratele de protectie a muncii despre starea protectiei muncii in propria unitate;
- realizeaza cadrul de participare a salariatilor la luarea unor hotarari care vizeaza schimbari ale procesului de productie ( organizatorice, tehnologice, privind materiile prime utilizate, etc..), cu implicatii in domeniul protectiei muncii;
- dezbatе raportul, scris, prezentat Comitetului de securitate si sanatate in munca de catre conducatorul unitatii cel putin o data pe an, cu privire la situatia securitatii si sanatatii in munca, actiunile care au fost intreprinse si eficienta acestora in anul incheiat precum si programul de protectie a muncii pentru anul urmator; un exemplar din acest raport trebuie prezentat inspectoratului teritorial de protectie a muncii;
- verifica aplicarea normativului-cadru de acordare si utilizare a echipamentului individual de protectie, tinand seama de factorii de risc identificati;
- verifica reintegrarea sau mentinerea in munca a salariatilor care au suferit accidente de munca ce au avut ca efect diminuarea capacitatii de munca;
- la nivelul fiecarui angajator se constituie un comitet de securitate si sanatate in munca, cu scopul de a asigura implicarea salariatilor la elaborarea si aplicarea deciziilor in domeniul protectiei muncii;
- in cazul in care activitatea se desfasoara in unitati dispersate teritorial, se pot infiinta mai multe comitete de securitate si sanatate in munca. Numarul acestora se stabileste prin contractul de munca aplicabil.
- comitetul de securitate si sanatate in munca coordoneaza masurile de securitate si sanatate in munca si in cazul activitatilor care se desfasoara temporar, cu o durata mai mare de 3 luni;
- in situatia in care nu se impune constituirea comitetului de securitate si sanatate in munca, atributiile specifice ale acestuia vor fi indeplinite de responsabilul cu protectia muncii numit de angajator;

- instruirea pe linie de securitate si sanatate in muncă si insotirea persoanelor aflate in spital cu permisiunea angajatorului (studenti in practică, personal medical din alte unitati) se va face de catre responsabilii cu securitatea in muncă din fiecare loc de muncă conform programului de instruire.

- pentru lucrătorii din exterior care desfasoara activitati pe bază de contract prestari servicii in cadrul spitalului, Serviciul Administrativ va asigura instruirea pe linie de securitate si sanatate in muncă a lucrătorilor externi privind activitatile specifice unitatii noastre, riscurile pentru securitatea si sanatatea in munca precum si masurile de preventie si protectie la nivelul spitalului in general.

- instruirea se consemneaza in fisa de instruire colectiva. Fisa de instruire colectiva se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se va pastra la Serviciul Administrativ si un exemplar de catre angajatorul lucratilor instruiti.

- în contractele de prestari servicii vor fi prevazute clauze cu privire la instruirea lucratilor externi pe linie de securitate si sanatate in munca.

## **CAPITOLUL XI** **Protectia maternitatii la locul de munca**

**Art.32.** Protectia maternitatii la locul de munca se asigura conform OUG nr. 96/2003, cu modificarile si completarile ulterioare, si a Normelor de aplicare a acesteia.

(2) Salariata gravida este obligata sa anunte in scris Spitalul asupra starii sale fiziologice de graviditate si sa anexeze un document medical eliberat de medicul de familie sau de medicul specialist care sa îi ateste aceasta stare.

(3) Salariata care a nascut recent si a reluat activitatea, dupa efectuarea concediului de lauzie, poate solicita conducerii Spitalului, in scris masurile de protectie prevazute de lege, anexand un document medical eliberat de medicul de familie, dar nu mai tarziu de 6 luni de la data la care a nascut;

(4) Salariata care alapteaza are dreptul, in cursul programului de munca, la doua pauze, pentru alaptare, de cate o ora fiecare, pana la implinirea varstei de 1 an a copilului. In aceste pauze este cuprins si timpul pentru deplasarea femeii care alapteaza. La cererea salariatei care alapteaza pauzele pentru alaptare pot fi inlocuite cu reducerea programului de munca zilnic, cu doua ore, fara a-i fi afectate veniturile salariale.

(5) Dispensa pentru consultatii se acorda de catre conducerea spitalului in limita a maximum 16 ore pe luna, pentru cazul in care investigatiile se pot efectua numai in timpul programului de lucru, fara diminuarea drepturilor salariale;

(6) Concediul postnatal este concediul de 42 de zile pe care salariaata mama are dreptul sa il efectueze dupa naștere, in cadrul concediului pentru sarcina si lauzie cu durata totala de 126 de zile;

(7) Concediul de risc maternal este concediul de care beneficiaza salariatele gravide, salariatele care au nascut recent si salariatele care alapteaza, pentru protectia sanatatii si securitatii lor si/sau a fatului ori a copilului lor.

**Art. 33.** Salariaata are obligatia sa instienteze Spitalul cu privire la starea de graviditate, a nasterii recente si/sau a faptului ca se afla in perioada de alaptare, depunand, in copie, la Serviciul RUNOS din cadrul Spitalului, anexa pentru suprevigherea medicala a gravidei si lauzei, completata corespunzator de medic, insotita de o cerere scrisa care sa contine informatii referitoare la starea

proprie de maternitate si, dupa caz, solicitarea de a i se aplica masurile de protectie prevazute de lege.

**Art. 34.** Spitalul transmite copiile de pe documentele depuse de salariata, in termen de 10 zile lucratoare de la data depunerii lor, medicului de medicina muncii, care asigura supravegherea stării de sanatate a angajatilor din unitate, precum si inspectoratului teritorial de munca in a carui raza teritorială își desfașoară activitatea.

**Art. 35.(1)** Spitalul impreuna cu medicul de medicina muncii efectueaza evaluarea privind riscurile la care este expusa salariata la locul ei de munca, intocmesc si semneaza Raportul de evaluare privind riscurile la care este supusa salariata la locul ei de munca.

(2) In baza Raportului de evaluare, spitalul instiinteaza salariata, in cel mult 15 zile lucratoare de la data incheierii Raportului de evaluare a riscului despre rezultatele evaluarii privind riscurile la care poate fi supusa la locul ei de munca si despre masurile suplimentare de protectie pe care trebuie sa le respecte atat Spitalul, cat si salariata, prin informarea privind protectia maternitatii la locul de munca-intocmita potrivit modelului prevazut in legislatia specifica.

**Art.36.** Spitalul are obligatia sa pastreze confidentialitatea asupra starii de graviditate a salariatei si nu va anunta alti angajati decat cu acordul scris al acesteia si doar in interesul bunei desfasurari a procesului de munca.

**Art.37.** In cazul in care o salariata este gravida, a nascut recent sau alapteaza si desfasoara la locul de munca o activitate care prezinta riscuri pentru sanatatea sau securitatea sa, ori cu represiuni asupra sarcinii si alaptarii, in sensul celor prevazute de OUG nr.96/2003, spitalul ii va modifica, in mod corespunzator, conditiile si/sau orarul de munca ori, daca acest fapt nu este posibil, o va repartiza la alt loc de munca fara riscuri pentru sanatatea sau securitatea sa, conform recomandarii medicului de medicina muncii sau medicului de familie, cu mentionarea veniturilor salariale.

**Art.38.** In cazul în care Spitalul, din motive justificate in mod obiectiv, nu poate sa indeplineasca obligatia prevazuta mai sus, salariatele gravide, salariatele care au nascut recent, salariatele care alapteaza au dreptul la un concediu de risc maternal, dupa cum urmeaza:

1. inainte de data solicitarii condeiului de maternitate, stabilit potrivit legii ;
2. dupa data revenirii din condeiul postnatal obligatoriu, salariatele care au nascut recent si cele care alapteaza, in cazul in care nu solicita condeiul si indemnizatia pentru cresterea si ingrijirea copilului pana la implinirea varstei de 2 ani sau in cazul copilului cu handicap, pana la 3 ani.

**Art.39.** Condeiul de risc maternal:

- a. se solicita de catre salariata gravida, care a nascut recent sau care alapteaza;
- b. se poate acorda de catre medicul de familie sau de catre medicul specialist, care va elibera un certificat medical, in acest sens;
- c. Spitalul aproba solicitarea salariatei pentru condeiul de risc maternal numai daca solicitarea este insotita de documentul justificativ;
- d. se poate acorda in intregime sau fractionat, in functie de recomandarea medicului si de justificarea Spitalului privind perioada posibila de eliminare a riscurilor de la locul de munca, pentru sanatatea salariatei;
- e. perioada de acordare: nu poate depasi cumulat, 120 de zile, si se poate acorda integral sau fractionat, in conditiile legii;
- f. nu poate fi acordat simultan cu alte condei prevazute de legislatia privind sistemul public de pensii si alte drepturi de asigurari sociale.

**Art.40.** Prevederile privind protectia maternitatii la locul de munca, ce sunt cuprinse in Prezentul Regulament, se completeaza cu prevederile legislatiei in materie in vigoare.

## **CAPITOLUL XII** **CONDUCEREA SPITALULUI**

**Art. 41.** Organele de conducere ale spitalului sunt:

- a) Consiliul de Administratie
- b) Managerul
- c) Comitetul Director
- d) Sefii de sectie, de laborator sau de serviciu

**Art.42.** In cadrul spitalului functioneaza Consiliul de Administratie, format din 5-8 membri care are rolul de a dezbatе principalele probleme de strategie, de organizare si functionare a spitalului si de a face recomandari managerilor spitalului in urma dezbatelor.

Membrii consiliului de administratie sunt:

- a) 2 reprezentanti numiti de Consiliul General al Municipiului Bucuresti;
- b) 1 reprezentant al Directiei de Sanatate Publica a Municipiului Bucuresti;
- c) 1 reprezentant numit de Primarul General al Municipiului Bucuresti;
- d) 1 reperezentant numit de Universitatea de Medicina și Farmacie "Carol Davila", București;
- e) 1 reprezentant al Colegiului Medicilor Bucuresti, cu statut de invitat;
- f) 1 reprezentant al Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor medicali Bucuresti, cu statut de invitat;
- g) 1 reprezentant nominalizat de sindicatul legal constituit in unitate, afiliat federatiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de munca la nivel de ramura sanitara, participa ca invitat permanent la sedintele consiliului de administratie.

Managerul participa la sedintele consiliului de administratie fara drept de vot.

Membrii consiliului de administratie al spitalului se numesc prin act administrativ de catre institutiile prevazute la alin. 2.

Sedintele consiliului de administratie sunt conduse de un presedinte de sedinta, ales cu majoritate simpla din numarul total al membrilor, pentru o perioada de 6 luni.

**Art. 43 Atributiile principale ale consiliului de administratie sunt:**

- a) avizeaza bugetul de venituri si cheltuieli al spitalului, precum si situatiile financiare trimestriale si anuale;
- b) organizeaza concurs pentru ocuparea functiei de manager in baza regulamentului aprobat prin act administrativ al Primarului General al municipiului Bucuresti;
- c) aproba masurile pentru dezvoltarea activitatii spitalului in concordanta cu nevoile de servicii medicale ale populatiei;
- d) avizeaza programul anual de achizitii publice intocmit in conditiile legii;
- e) analizeaza modul de indeplinire a obligatiilor de catre membrii comitetului director si activitatea managerului si dispune masuri pentru imbunatatirea activitatii;
- f) propune revocarea din functie a managerului si a celorlalți membri ai comitetului director in cazul in care constata existenta situatiilor prevazute al art.180 alin.(1) si la art.183^3 alin.(1) din Legea nr.95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare, inclusiv cele aduse prin OUG. Nr.48/2010.

(8) Consiliul de administratie se intruneste lunar sau ori de cate ori este nevoie, la solicitarea majoritatii membrilor sai, a presedintelui de sedinta sau a managerului si ia decizii cu majoritatea simpla a membrilor prezenti.

**Art. 44** Persoanele din conducerea spitalului public, respectiv managerul, membrii comitetului director, sefii de sectie, de laborator sau de serviciu, membrii consiliului de administratie au obligatia de a depune o declaratie de interese, precum si o declaratie cu privire la incompatibilitati, conform art. 180 alin. (1), alin. (2) si art. 183 din Legea 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, in termen de 15 zile de la numirea in functie.

(2) Declaratia prevazuta la alin. (1) se actualizeaza ori de cate ori intervin modificari in situatia persoanelor in cauza. Actualizarea se face in termen de 30 de zile de la data aparitiei modificarii, precum si a incetarii functiilor sau activitatilor.

(3) Declaratiile se afiseaza pe site-ul spitalului.

(4) Modelul declaratiei de interese si cel al declaratiei referitoare la incompatibilitati se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice.

(5) In conditiile prevazute la alin. (1) si (2), persoanele din conducerea spitalului au obligatia de a depune si o declaratie de avere, al carei model se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice.

**Art. 45 Managerul**, este numit prin Dispozitia Primarului General al Municipiului Bucuresti si isi desfasoara activitatea in baza unui contract de management. Contractul de management cuprinde atributiile managererului, drepturile si obligatiile acestuia precum si indicatorii de performanta ai activitatii, stabiliti anual.

I. In domeniul politicii de personal si al structurii organizatorice managerul are, in principal, urmatoarele atributii :

1) stabileste si aproba numarul de personal, pe categorii si locuri de munca, in functie de normativul de personal in vigoare;

2) aproba organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numeste si elibereaza din functie personalul spitalului;

3) aproba programul de lucru, pe locuri de munca si categorii de personal;

4) propune structura organizatorica, reorganizarea, schimbarea sediului si a denumirii unitatii, in vederea aprobarii de catre Ministerul Sanatatii Publice sau, dupa caz, de ministerele care au spitale in subordine ori in administrare sau retea sanitara proprie;

5) numește si revocă, membrii Comitetului Director;

6) încheie contractele de administrare cu membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs organizat in conditiile legii, pe o perioadă de maximum 3 ani, in cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați;

7) prelungește, la încetarea mandatului, contractele de administrare încheiate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

8) începează contractele de administrare încheiate, înainte de termen, în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acestea;

9) stabilește, de comun acord cu personalul de specialitate medico-sanitar care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director și are contractul individual de muncă suspendat, programul de lucru al acestuia în situația în care desfășoară activitate medicală în unitatea sanitată respectivă, în conditiile legii;

10) numește în funcție sefii de secție, de laborator și de serviciu medical care au promovat concursul sau examenul organizat în conditiile legii și încheie cu aceștia, în termen de maximum 30

de zile de la data numirii în funcție, contract de administrare cu o durată de 3 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați;

11) negociază contractul colectiv de muncă la nivel de spital.

**II. In domeniul managementului serviciilor medicale managerul are, in principal, urmatoarele atributii :**

1. elaborează, pe baza nevoilor de servicii medicale ale populației din zona deservită, planul de dezvoltare a spitalului pe perioada mandatului, ca urmare a propunerilor consiliului medical, și îl supune aprobării consiliului de administrație al spitalului;

2. aprobă formarea și utilizarea fondului de dezvoltare al spitalului, pe baza propunerilor comitetului director, cu respectarea prevederilor legale;

3. aprobă planul anual de servicii medicale, elaborat de comitetul director, la propunerea consiliului medical;

4. aprobă măsurile propuse de comitetul director pentru dezvoltarea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației;

5. elaborează și pune la dispozitie consiliului de administrație rapoarte privind activitatea spitalului; aplică strategiile și politica de dezvoltare în domeniul sanitar ale Ministerului Sănătății, adevcate la necesarul de servicii medicale pentru populația deservită; în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, aplică strategiile specifice de dezvoltare în domeniul medical;

6. îndrumă și coordonează activitatea de prevenire a infecțiilor nosocomiale;

7. dispune măsurile necesare în vederea realizării indicatorilor de performanță a activității asumați prin prezentul contract;

8. desemnează, prin act administrativ, coordonatorii programelor/subprogramelor naționale de sănătate derulate la nivelul spitalului;

9. răspunde de implementarea și raportarea indicatorilor programelor/subprogramelor naționale de sănătate derulate la nivelul spitalului, în conformitate cu prevederile legale elaborate de Ministerul Sănătății;

10. răspunde de asigurarea condițiilor corespunzătoare pentru realizarea unor acte medicale de calitate de către personalul medico-sanitar din spital;

11. răspunde de implementarea protocoalelor de practică medicală la nivelul spitalului, pe baza recomandărilor consiliului medical;

12. urmărește realizarea activităților de control al calității serviciilor medicale oferite de spital, coordonată de directorul medical, cu sprijinul consiliului medical și al celui științific;

13. negociază și încheie, în numele și pe seama spitalului, protocoale de colaborare și/sau contracte cu alți furnizori de servicii pentru asigurarea continuității și creșterii calității serviciilor medicale;

14. răspunde, împreună cu comitetul director, de asigurarea condițiilor de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

15. negociază și încheie contractul de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

16. poate încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate private;

17. poate încheia contracte cu direcțiile de sănătate publică județene sau a municipiului București, după caz, în vederea derulării programelor naționale de sănătate și desfășurării unor activități specifice, în conformitate cu structura organizatorică a acestora;

18. poate încheia contract cu institutul de medicină legală din centrul medical universitar la care este arondat pentru asigurarea drepturilor salariale ale personalului care își desfășoară activitatea în cabinetele de medicină legală din structura acestora, precum și a cheltuielilor de natură bunurilor și serviciilor necesare pentru funcționarea acestor cabinete;

19. răspunde de respectarea prevederilor legale în vigoare cu privire la drepturile pacientului și dispune măsurile necesare atunci când se constată încălcarea acestora;

**III. Obligațiile managerului în domeniul managementului economico-financiar** sunt următoarele:

1. răspunde de organizarea activității spitalului pe baza bugetului de venituri și cheltuieli propriu, elaborat de către comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducerilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării ordonatorului de credite ierarhic superior, după avizarea acestuia de către consiliul de administrație, în condițiile legii;

2. răspunde de asigurarea realizării veniturilor și de fundamentarea cheltuielilor în raport cu acțiunile și obiectivele din anul bugetar pe titluri, articole și alineate, conform clasificației bugetare;

3. răspunde de repartizarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului pe secțiile și compartimentele din structura acestuia și de cuprinderea sumelor repartizate în contractele de administrare încheiate în condițiile legii;

4. răspunde de monitorizarea lunară de către şefii secțiilor și compartimentelor din structura spitalului a execuției bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente, conform metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

5. răspunde de raportarea lunară și trimestrială a execuției bugetului de venituri și cheltuieli

7. aprobă și răspunde de realizarea programului anual de achiziții publice;

8. aprobă lista investițiilor și a lucrărilor de reparații curente și capitale care urmează să se realizeze într-un exercițiu finanțier, în condițiile legii, la propunerea comitetului director;

9. răspunde, împreună cu membrii consiliului medical, de respectarea disciplinei economico-financiare la nivelul secțiilor, compartimentelor și serviciilor din cadrul spitalului;

10. identifică, împreună cu consiliul de administrație, surse suplimentare pentru creșterea veniturilor spitalului, cu respectarea prevederilor legale;

11. îndeplinește toate atribuțiile care decurg din calitatea de ordonator terțiar de credite, conform legii;

12. răspunde de respectarea și aplicarea corectă a legislației din domeniu.

**Art. 46. Obligațiile managerului în domeniul managementului administrativ** sunt următoarele:

1. aprobă și răspunde de respectarea regulamentului de organizare și funcționare, după avizarea prealabilă de către ASSMB.

2. reprezintă spitalul în relațiile cu terțe persoane fizice sau juridice;

3. încheie acte juridice în numele și pe seama spitalului, conform legii;

4. răspunde de modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și dispune măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;

5. încheie contracte de colaborare cu instituțiile de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical, în conformitate cu metodologia elaborată de Ministerul Sănătății, în vederea asigurării condițiilor corespunzătoare pentru desfășurarea activităților de învățământ;

6. încheie, în numele spitalului, contracte de cercetare cu finanțatorul cercetării, pentru desfășurarea activității de cercetare științifică medicală, în conformitate cu prevederile legale;
7. răspunde de respectarea prevederilor legale în vigoare referitoare la păstrarea secretului profesional, păstrarea confidențialității datelor pacienților internați, informațiilor și documentelor referitoare la activitatea spitalului;
8. răspunde de obținerea și menținerea valabilității autorizației de funcționare, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
9. pune la dispoziția organelor și organismelor competente, la solicitarea acestora, în condițiile legii, informații privind activitatea spitalului;
10. transmite ASSMB, DSPMB, Ministerului Sănătății, după caz, informări trimestriale și anuale cu privire la patrimoniul dat în administrare, realizarea indicatorilor activității medicale, precum și la execuția bugetului de venituri și cheltuieli;
11. răspunde de organizarea arhivei spitalului și de asigurarea securității documentelor prevăzute de lege, în format scris și electronic;
12. răspunde de înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor legate de activitatea sa, în conformitate cu normele aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
13. aprobă utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;
14. răspunde de organizarea unui sistem de înregistrare și rezolvare a sugestiilor, sesizărilor și reclamațiilor referitoare la activitatea spitalului;
15. conduce activitatea curentă a spitalului, în conformitate cu reglementările în vigoare;
16. propune spre aprobare ASSMB un înlocuitor de drept pentru perioadele de absență motivată din spital, în condițiile legii sau cu alte entități poate încheia alte contracte de furnizare de servicii medicale, inclusiv în scop de cercetare sau învățământ;
17. informează ASSMB cu privire la starea de incapacitate temporară de muncă, în termen de maximum 24 de ore de la apariția acesteia;
18. răspunde de monitorizarea și raportarea datelor specifice activității medicale, economico-financiare, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, în conformitate cu reglementările legale în vigoare;
19. respectă măsurile dispuse de către conducătorul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București ori președintele consiliului județean, după caz, în situația în care se constată disfuncționalități în activitatea spitalului public;
20. răspunde de depunerea solicitării pentru obținerea acreditării spitalului, în condițiile legii, în termen de maximum un an de la aprobarea procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare;
21. răspunde de solicitarea reacreditării, în condițiile legii, cu cel puțin 6 luni înainte de încetarea valabilității acreditații;
22. respectă Strategia națională de raționalizare a spitalelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului;
23. elaborează, împreună cu comitetul director, planul de acțiune pentru situații speciale și coordonează asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, conform dispozițiilor legale în vigoare;
24. răspunde de respectarea și aplicarea corectă de către spital a prevederilor actelor normative care reglementează activitatea acestuia;

25. asigură și răspunde de organizarea activităților de învățământ și cercetare astfel încât să consolideze calitatea actului medical, cu respectarea drepturilor pacienților, a eticii și deontologiei medicale;

26. avizează numirea, în condițiile legii, a șefilor de secție, șefilor de laborator și a șefilor de serviciu medical din cadrul secțiilor, laboratoarelor și serviciilor medicale clinice și o supune aprobării Ministerului Sănătății sau, după caz, a autorităților administrației publice locale.

**Art.47. Functia de manager persoana fizica este incompatibila cu:**

a) exercitarea oricaror alte funcții salarizate, nesalarizate sau/si indemnizate inclusiv în cadrul unei autorități executive, legislative ori judecătoresc, cu excepția funcțiilor sau activităților în domeniul didactic și de studiu profesional, al cercetării științifice și al creației literar-artistice.

b) exercitarea oricarei activități sau oricarei alte funcții de manager, inclusiv cele neremunerate;

c) exercitarea unei activități sau a unei funcții de membru în structurile de conducere ale unei alte unități spitalicești;

d) exercitarea oricarei funcții în cadrul organizațiilor sindicale sau patronale de profil.

Constituie conflict de interes detinerea de către manager, persoana fizica, de acțiuni sau interese la societăți comerciale ori organizații nonguvernamentale care stabilesc relații comerciale cu spitalul

**Art. 48. Comitetul Director**

În cadrul spitalului funcționează un comitet director, format din managerul spitalului, directorul medical, directorul financiar-contabil.

Ocuparea funcțiilor specifice comitetului director se face prin concurs organizat de managerul spitalului.

**Art. 49 Atributiile comitetului director sunt:**

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 munca, 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 functionare, regulamentul intern și organograma spitalului, în urma consultării cu sindicatele, conform legii;

5. propune spre aprobare managerului și urmărește implementarea de măsuri organizatorice privind imbunătățirea calității actului medical, a condițiilor de cazare, igiena și alimentație, precum și de măsuri de prevenire a infecțiilor nosocomiale, conform normelor aprobatelor 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 conducerilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, pe care îl supune aprobării managerului;

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

8. analizeaza propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care il supune spre aprobare managerului;
9. asigura monitoizarea si raportarea indicatoilor specifici activitatii medicale, financiari, economici, precum si a altor date privind activitatea de supraveghere, preventie si control, pe care le prezinta managerului, conform metodologiei stabilite;
10. analizeaza, la propunerea consiliului medical, masurile pentru dezvoltarea si imbunatatirea activitatii spitalului, in concordanta cu nevoile de servicii medicale ale populatiei, dezvoltarea tehnologiilor medicale, ghidurilor si protocoalelor de practica medicala;
11. elaboreaza planul de actiune pentru situatii speciale si asistenta medicala in caz de razboi, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale si alte situatii de criza;
12. la propunerea consiliului medical, intocmeste, fundamenteaza si prezinta spre aprobare managerului planul anual de achizitii publice, lista investitiilor si a lucrarilor de reparatii curente si capitale care urmeaza sa se realizeze intr-un exercitiu finantier, in conditiile legii, si raspunde de realizarea acestora;
13. analizeaza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie, modul de indeplinire a obligatiilor asumate prin contracte si propune managerului masuri de imbunatatire a activitatii spitalului;
14. intocmeste informari lunare, trimestriale si anuale cu privire la executia bugetului de venituri si cheltuieli, pe care le analizeaza cu consiliul medical si le prezinta autoritatii de sanatate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, precum si Ministerului Sanatatii Publice, respectiv ministerelor cu retea sanitara proprie, la solicitarea acestora;
15. negociaza, prin manager, directorul medical si directorul finantier-contabil, contractele de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurari de sanatate;
16. se intruneste lunar sau ori de cate ori este nevoie, la solicitarea majoritatii membrilor sai ori a managerului spitalului public, si ia decizii in prezena a cel putin doua treimi din numarul membrilor sai, cu majoritatea absoluta a membrilor prezenți;
17. face propunerii privind structura organizatorica, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului si a denumirii spitalului;
18. negociaza cu seful de sectie/laborator si propune spre aprobare managerului indicatorii specifici de performanta ai managementului sectiei/laboratorului/serviciului, care vor fi prevazuti ca anexa la contractul de administrare al sectiei/laboratorului;
19. raspunde in fata managerului pentru indeplinirea atributiilor care ii revin;
20. analizeaza activitatea membrilor sai pe baza rapoartelor de evaluare si elaboreaza raportul anual de activitate al spitalului;
21. ia masuri pentru imbunatatirea permanenta a serviciilor medicale si hoteliere furnizate pacientului.

**Art.50. Directorul medical are urmatoarele atributii specifice, conform anexei 2 la OMS nr. 1628/2007:**

- a. in calitate de presedinte al consiliului medical, coordoneaza si raspunde de elaborarea la termen a propunerilor privind planul de dezvoltare al spitalului, planul anual de servicii medicale, bugetul de venituri si cheltuieli;
- b. monitorizeaza calitatea serviciilor medicale acordate la nivelul spitalului, inclusiv prin evaluarea satisfactiei pacientilor, si elaboreaza, impreuna cu sefii de sectii, propunerii de imbunatatire a activitatii medicale;
- c. aproba protocoale de practica medicala la nivelul spitalului si monitoizeaza procesul de implementare a protocoalelor si ghidurilor de practica medicala la nivelul intregului spital;

- d. raspunde de coordonarea si corelarea activitatilor medicale desfasurate la nivelul sectiilor pentru asigurarea tratamentului adevarat pentru pacientii internati;
- e. coordoneaza implementarea programelor de sanatate la nivelul spitalului;
- f. intocmeste planul de formare si perfectionare a personalului medical, la propunerea sefilor de sectii si laboratoare;
- g. avizeaza utilizarea bazei de date medicale a spitalului pentru activitati de cercetare medicala, in conditiile legii;
- h. asigura respectarea normelor de etica profesionala si deontologie medicala la nivelul spitalului, colaborand cu Colegiul Medicilor din Romania;
- i. raspunde de acreditarea personalului medical al spitalului si de acreditarea activitatilor medicale desfasurate in spital, in conformitate cu legislatia in vigoare;
- j. analizeaza si ia decizii in situatia existentei unor cazuri medicale deosebite (de exemplu, cazuri foarte complicate, care necesita o durata de spitalizare mult prelungita, morti subite etc.);
- k. participa, alaturi de manager, la organizarea asistentei medicale in caz de dezastre, epidemii si in alte situatii speciale;
- l. stabileste coordonatele principale privind consumul de medicamente si materiale sanitare la nivelul spitalului, in vederea unei utilizari judicioase a fondurilor spitalului, prevenirii polipragmaziei si a rezistentei la medicamente;
- m. indeplineste atributiile ce-i revin conform Ordinului ministrului sanatatii publice nr. 1101/2016 privind prevenirea si combaterea infectiilor asociate asistenței medicale.
- n. supervizeaza respectarea prevederilor in vigoare referitoare la documentatia medicala a pacientilor tratati, asigurarea confidentialitatii datelor medicale conform Legii nr. 677/2001, a Legii nr.487/2002 si a Legii nr.46/2003 constituirea arhivei spitalului.
- o. indruma si coordoneaza activitatea personalului medical pentru imbunatatirea activitatii medicale;
- p. indruma si coordoneaza activitatea privind evitarea infectiilor intraspitalicesti;
- q. asigura conditii corespunzatoare de munca, prevenirea accidentelor si a imbolnavirilor profesionale;
- r. adopta masuri pentru imbunatatirea activitatii in sectii si celealte compartimente din spital;
- s. coordoneaza, indrumă și răspunde de activitatea pe sectii si compartimente, ambulatoriu integrat, laboratoarele paraclinice, farmacie și camera de gardă, pe categorii de personal, in diferite perioade ale zilei si noaptea, luand masurile prevazute de lege;
- t. previne abuzurile si incalcarea eticii profesionale, recupereaza prejudiciile si sanctioneaza pe cei vinovati de asemenea incalcati;
- u. organizeaza si conduce rapoarte comune pentru sectiile si compartimentele coordonate, in care se vor analiza saptamanal problemele profesionale si administrative ce apar;
- v. efectueaza vizite in toate sectiile coordonate si va analiza impreuna cu medicii din sectii, problemele ivite;
- w. lunar va analiza consumul de medicamente si materiale sanitare pe sectii si va lua masuri pentru evitarea risipei;
- x. preia, exercită și îndeplinește toate prerogativele și sarcinile funcției de Manager al spitalului, în intervalele de timp în care acesta lipsește din activitate (cazuri de

- indisponibilitate), în măsura în care la propunerea Managerului nu se numește un alt înlocuitor pentru perioadele cât Managerul nu este prezent în spital;
- y. ia masuri pentru aplicarea în spital a programelor Ministerului Sanatății, de creștere a calității actului medical și formare profesională;
  - z. urmărește respectarea metodologiei de calcul a indicatorilor de performanță ai managementului spitalului;
  - aa. analizează și stabilește masuri pentru aprovizionarea regulată a compartimentelor de munca cu aparatura și instrumentar medical, în limita bugetului alocat, fără a incuraja risipa;
  - bb. adoptă masuri pentru reducerea consumului de materiale, pentru lichidarea stocurilor supranormative și pentru evitarea polipragmaziei;
  - cc. ia masuri pentru cunoasterea și respectarea de către intreg personalul a actelor normative cu caracter general și a celor specifice din domeniul sanitar;
  - dd. stabilește programul de lucru al personalului din subordine;
  - ee. răspunde în activitatea sa de președinte al Consiliului Medical, constituit prin decizie, de funcționarea corectă și permanentă a acestui consiliu și de îndeplinire a atribuțiilor ce îi revin;
  - ff. contribuie la elaborarea Regulamentului de organizare și funcționare și Regulamentului intern al spitalului;
  - gg. participă la sedintele Comitetului Director;
  - hh. participă la stabilirea necesarului de medicamente și produse farmaceutice;
  - ii. face parte din comisia de receptie a medicamentelor și sprijina aprovizionarea ritmică cu medicamente și materiale sanitare;
  - jj. supraveghează și controlează prin comisia de profil respectarea normelor privind prescrierea, eliberarea și administrarea medicamentelor;
  - kk. face propunerile pentru creșterea calității actului medical prin angajarea de personal medical, cu respectarea normativului, în limita bugetului alocat;
  - ll. urmărește prin activitatea depusa respectarea și creșterea adresabilității, promovarea imaginii spitalului, precum și diversificarea serviciilor medicale adresate populației;
  - mm. propune programe pentru creșterea actului medical și diversificarea lui în același timp, dezvoltând astfel spitalul.

**Art. 51 Directorul medical are urmatoarele atributii generale, conform anexei 1 la OMS nr. 1628/2007**

- participă la elaborarea planului de dezvoltare a spitalului pe perioada mandatului, în baza propunerilor consiliului medical;
- participă la elaborarea, pe baza propunerilor consiliului medical, a planului anual de furnizare de servicii medicale al spitalului;
  - face propuneri managerului, în domeniul său de responsabilitate, în vederea aprobării:
    - a) numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de reglementările în vigoare;
    - b) organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante, în urma consultării cu sindicalele, conform legii;
  - participă la elaborarea regulamentului de organizare și funcționare, regulamentului intern și organigramei spitalului, în urma consultării cu sindicalele, conform legii;

- propune spre aprobare managerului și urmărește implemenetarea de măsuri organizatorice privind îmbunătățirea calității serviciilor medicale și de îngrijire 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;

- controleaza aplicarea medicatiei și alimentatiei bolnavilor, respectarea regimului de odihna, a orelor de masa sau de primirea vizitelor pentru pacientii internati;

- programeaza medicii de garda pentru linia de garda, in zilele in care respectiva sectie este de garda;

- colaboreaza cu celealte sectii si servicii (laborator, radiologie, fizioterapie) din spital in vederea stabilirii diagnosticului si aplicarii tratamentului corespunzator bolnavilor internati;

- organizeaza consulturile medicale de specialitate;

1) se preocupă in permanenta de introducerea in practica a celor mai eficiente metode de diagnostic si tratament ;

2) controleaza, indruma si raspunde de efectuarea tuturor masurilor igienico-sanitare si de protectia muncii in compartimentele pe care le coordonează;

- participă la elaborarea proiectului bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, pe baza centralizării de către Compartimentul Achiziții, a propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului;

- urmărește, în domeniul său de responsabilitate, 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;

- analizează, în domeniul său de responsabilitate, propunerea consiliului medical privind utilizarea fondului de dezvoltare, pe care îl supune spre aprobare managerului;

- asigură, în domeniul său de responsabilitate, monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, activității de îngrijire, financiari, economici, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă managerului;

- analizează, la propunerea consiliului medical, măsurile pentru dezvoltarea și îmbunătățirea activității spitalului, în concordanță cu nevoile de servicii medicale și de îngrijiri ale populației, dezvoltarea tehnologilor medicale, ghidurilor și protocolelor de practică medicală;

- participă la elaborarea planului de acțiune pentru situații speciale și asistența medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

- la propunerea consiliului medical, în domeniul său de responsabilitate, 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 finanțiar, în condițiile legii, și răspunde de realizarea acestora;

- analizează trimestrial sau ori de câte ori este nevoie, în domeniul său de responsabilitate, modul de îndeplinire a obligațiilor asumate prin contracte și propune managerului măsuri de îmbunătățire a activității spitalului;

- întocmește, pentru domeniul său de responsabilitate, informări lunare, trimestriale și anuale cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le analizează cu consiliul medical și le prezintă managerului spitalului;

- participă la negocierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile legii;

- participă lunar sau ori de câte ori este nevoie la ședințele comitetului director;

- face propuneri privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea și schimbarea sediului și a denumirii spitalului;
- participă la negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului, care vor fi prevăzuți ca anexă la contractul de administrare al secției/laboratorului/serviciului;
- participă, anual, la programe de perfecționare profesională organizate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;
- răspunde în fața managerului spitalului public pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin;
- participă la elaborarea raportului anual de activitate al spitalului.
- dispune masuri pentru imbunatatirea permanentă a serviciilor medicale și hoteliere furnizate pacientului;

Directorul medical poate fi un cadre didactic universitar medical.

In termen de 30 de zile de la ocuparea postului prin concurs, membrii comitetului director vor încheia cu managerul spitalului public un contract de administrare pe o perioadă de maximum 3 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzute atât indicatorii specifici de performanță, cât și normele legale care reglementează drepturile și obligațiile partilor. Contractul de administrare poate fi prelungit la incetarea mandatului pe o perioadă de 3 luni, maximum de două ori, perioada în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate începe înainte de termen în cazul neîndeplinirii obligațiilor prevăzute în acesta.

Contractul individual de munca al persoanelor care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director în aceeași unitate sănătății se suspendă de drept pe perioada exercitării mandatului.

Pe perioada executării contractului de administrare, membrii comitetului director beneficiază de un salariu de baza și de alte drepturi salariale stabilite potrivit prevederilor legale în vigoare, precum și de asigurări sociale de sănătate, pensii și alte drepturi de asigurări sociale de stat, în condițiile platii contribuției prevăzute de lege.

**Aceste atribuții generale sunt obligatorii și pentru Directorul Financiar Contabil.**

Modelul contractului de administrare se aproba prin ordin al ministrului sănătății publice.

#### **Art.52.**

Persoanalul de specialitate medico-sanitar care ocupă funcții de conducere specifice comitetului director și are contractul individual de munca suspendat poate desfășura activitate medicală în unitatea sănătății respectivă. Programul de lucru se stabilește de comun acord cu managerul spitalului.

Personalul de specialitate medico-sanitar prevăzut mai sus desfășoară activitate medicală în cadrul funcției de conducere ocupate.

Membrii comitetului director, sefii de secție, sefii de laboratoare sau sefii de servicii medicale nu mai pot desfășura nici o altă funcție de conducere prin cumul de funcții.

#### **Art.53. Conducerea secțiilor, laboratoarelor și serviciilor**

(1) Secțiile, laboratoarele și serviciile medicale ale spitalului public sunt conduse de un sef de secție, sef de laborator sau, după caz, sef de serviciu. Aceste funcții se ocupă prin concurs sau examen, după caz, în condițiile legii, organizat conform normelor aprobatelor prin ordin al ministrului sănătății publice.

(2) În spital funcțiile de sef de secție, sef de laborator, farmacist-sef, asistent medical sef sunt funcții de conducere și vor putea fi ocupate numai de medici, farmaciști, biologi, chimici și

biochimisti sau, dupa caz, asistenti medicali, cu o vechime de cel putin 5 ani in specialitatea respectiva.

(3) Sefii de sectie au ca atributii indrumarea si realizarea activitatii de acordare a ingrijirilor medicale in cadrul sectiei respective si raspund de calitatea actului medical, precum si atributiile asumate prin contractul de administrare.

(4) La numirea in functie, sefi de sectie, de laborator sau de serviciu vor incheia cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare cu o durata de 3 ani, in cuprinsul caruia sunt prevazuti indicatori specifici de performanta. Contractul de administrare poate fi prelungit si poate inceta inainte de termen, in principal, in cazul neindeplinirii indicatorilor specifici de performanta. Pe perioada existentei contractului de administrare, eventualul contract individual de munca se suspenda. Continutul contractului si metodologia de incheiere a acestuia se vor stabili prin ordin al ministrului sanatatii publice. Daca seful de sectie selectat prin concurs se afla in stare de incompatibilitate sau conflict de interese, acesta este obligat sa le inlature in termen de maximum 30 de zile sub sanctiunea rezilierii unilaterale a contractului de administrare.

(5) În secțiile universitare clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice, funcția de **șef de secție**, **șef de laborator** și **șef de serviciu medical** se ocupă de către un cadru didactic universitar medical desemnat pe bază de concurs.

(6) In cazul in care contractul de administrare, prevazut la alin. (4), nu se semneaza in termen de 7 zile de la emiterea recomandarii, se va constitui o comisie de mediere numita prin ordin al ministrului sanatatii publice sau, dupa caz, al ministrului transporturilor, constructiilor si turismului. In cazul in care conflictul nu se solutioneaza intr-un nou termen de 7 zile, postul va fi scos la concurs, in conditiile legii.

(7) Pentru sectiile clinice, altele decat cele prevazute la alin. (6), precum si pentru sectiile neclinice conditiile de participare la concurs vor fi stabilite prin ordin al ministrului sanatatii publice. In cazul in care la concurs nu se prezinta nici un candidat in termenul legal, managerul spitalului public va delega un alt medic in functia de sef de sectie, pe o perioada de pana la 6 luni, dupa care se vor repeta procedurile prevazute la alin. (1).

(8) Sefii de sectie vor face publice, prin declaratie pe propria raspundere, afisata pe site-ul spitalului si al autoritatii de sanatate publica teritoriala sau pe site-ul Ministerului Sanatatii Publice legaturile de rudenie pana la gradul al IV-lea inclusiv cu personalul angajat in sectia pe care o conduce.

(9) Medicii, indiferent de sex, care implinesc varsta de 65 de ani dupa dobândirea functiei de conducere, care fac parte din comitetul director al spitalului public sau exercita functia de sef sectie, sef laborator ori sef serviciu medical, vor fi pensionati conform legii. Medicii in varsta de 65 de ani nu pot participa la concurs si nu pot fi numiti in niciuna dintre functiile de conducere, care fac parte din comitetul director al spitalului public sau sef de sectie, sef de laborator ori sef de serviciu medical.

(10) In spitalele clinice, profesorii universitari pot ocupa functii de sef de sectie pana la varsta de 70 de ani, cu avizul Colegiului Medicilor din Romania si cu aprobarea ministrului sanatatii publice.

(11) Dispozitiile art.180 alin.(1) lit b)- d) din Legea Nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății referitoare la incompatibilitati, conflicte de interese si sanctiunea rezilierii contractului de administrare se aplica si sefilor de sectie, de laborator sau de serviciu din spitalele publice.

**Art. 54.** Contractul de management si, respectiv, contractul de administrare inceteaza in urmatoarele situatii:

- la expirarea perioadei pentru care a fost incheiat;

- la revocarea din functie a managerului, in cazul nerealzarii indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public;
- prin acordul de vointa al partilor semnatare;
- la aparitia unei situatii de incompatibilitate sau conflict de interese prevazuta de lege;
- in cazul nerespectarii termenului de inlaturare a motivelor de incompatibilitate ori de conflict de interese;
- la decesul sau punerea sub interdictie judecatoreasca a managerului;
- in cazul insolventei, falimentului persoanei juridice, manager al spitalului;
- la implinirea varstei de pensionare prevazute de lege;
- in cazul in care se constata abateri de la legislatia in vigoare care pot constitui un risc imminent pentru sanatatea pacientilor sau a salariatilor;
- in cazul refuzului colaborarii cu organele de control desemnate de institutiile abilitate in conditiile legii;
- in cazul in care se constata abateri de la legislatia in vigoare constatate de organele de control si institutiile abilitate in conditiile legii.

**Art. 55. Alte structuri organizatorice**

In cadrul spitalului functioneaza un consiliu etic si un consiliu medical.

**Art. 56.1 Consiliul etic**

In cadrul spitalului public functioneaza Consiliul etic, format din 5 membri, pentru o perioada de 3 ani, avand urmatoarea componenta:

- un medic cu cel mai mare grad didactic, sau, dupa caz, decanul de varsta al medicilor din spital
- consilierul Juridic
- asistenta sefa din sectia cu cel mai mare numar de paturi
- un reprezentant al Administratiei Spitalelor si Serviciilor Medicale a Municipiului Bucuresti
- un secretar, fara drept de vot.

Componenta si atributiile consiliului etic se stabilesc prin ordin al ministrului sanatatii publice.

Desemnarea nominala a membrilor Consiliului etic, se face de catre Comitetul director al spitalului iar numirea membrilor Consiliului se face prin decizie interna a managerului.

Consiliul etic este condus de medicul cu cel mai mare grad didactic sau, dupa caz, de catre decanul de varsta al medicilor.

Consiliul etic se intruneste lunar sau, ori de cate ori este nevoie, la sesizarea unui pacient/apartinator al acestuia, a unui cadru medical sau a oricarei persoane careia i-au fost incalcate drepturile recunoscute de lege, in domeniul acordarii asistentei medicale

**Atributiile Consiliului etic sunt urmatoarele:**

- a. analizeaza cazurile de incalcare a normelor de conduită in relata pacient – medic – asistenta, a normelor de comportament, a disciplinei in unitatea sanitara.
- b. verifica daca, prin conduită lui, personalul medico-sanitar si auxiliar incalca drepturile pacientilor, prevazute de legislatia in vigoare;
- c. sesizeaza organele abilitate ale statului, in situatiile in care, constata incalcarile codului de deontologie medicala, ale drepturilor pacientilor precum si normele de conduită profesionala care sunt date de actele normative in atributiile altor institutii sau organe jurisdictionale;

- d. analizeaza sesizarile ce privesc plati informale ale pacientilor catre personalul medico-sanitar ori auxiliar, sau conditionarea exercitarii actului medical, de obtinerea unor foloase; propune, in functie de caz, masuri de intrare in legalitate;
- e. vegheaza pentru respectarea, in cazurile terminale, a demnitatii umane si propun masuri cu caracter profesional, pentru acordarea tuturor ingrijirilor medicale.

Analizarea fiecarui caz in parte se va consemna intr-un proces verbal care va cuprinde toate aspectele, atat cele sesizate cat si masurile propuse a fi luate de catre managerul spitalului.

Procesul verbal va fi intocmit numai dupa ce consiliul etic a efectuat o cercetare a cazului, cu ascultarea partilor implicate, inclusiv, daca este cazul, a unor terte persoane care pot aduce lamenari suplimentare asupra cazului. Ascultarea partilor trebuie consemnata in scris si semnata de catre acestia.

#### **Art. 57.2 Consiliul Medical**

Directorul medical este presedintele consiliului medical.

Consiliul medical este alcătuit din sefii de sectii, de laboratoare, farmacistul primar.

#### **Art. 58. Principalele atributii ale consiliului medical sunt urmatoarele:**

- a) imbunatatirea standardelor clinice si a modelelor de practica, in scopul acordarii de servicii medicale de calitate, pentru creșterea gradului de satisfactie a pacientilor;
- b) organizarea activitatii de ingrijire a pacientilor in echipe multidisciplinare in situatiile in care , in urma consultului pacientului pe perioada internarii se constata existenta unor afectiuni asociate pentru tratarea carora se impune un tratament care va fi stabilit impreuna cu alti medici specialisti.
- c) monitorizarea si evaluarea activitatii medicale desfasurate in spital, in scopul cresterii performantelor profesionale si utilizarii eficiente a resurselor alocate;
- d) elaborarea proiectului de plan de achizitii al spitalului, in limita bugetului estimat;
- e) intarirea disciplinei economico – financiare;
- f) evaluarea necesarului de servicii medicale al populatiei deservite de spital si elaborarea de propuneri pentru planul de dezvoltare a spitalului, pe perioada mandatului si planul anual de furnizare de servicii medicale ale spitalului;
- g) alcătuirea de propuneri către Comitetul Director, in vederea elaborarii bugetului de venituri si cheltuieli;
- h) participarea la elaborarea regulamentului de organizare si functionare si a regulamentului intern al spitalului;
- i) evaluarea si monitorizarea calitatii si eficientei activitatilor medicale desfasurate in spital;
- j) evaluarea gradului de satisfactie a pacientilor care beneficiaza de serviciile medicale din spital si din cadrul Ambulatorului de Specialitate al acestuia;
- k) monitorizarea principalilor indicatori de performanta in activitatea medicala si alcătuirea de propuneri pentru imbunatatirea acestora;
- l) stabilirea de reguli privind activitatea profesională, protocolele de practică medicală la nivelul spitalului si răspunderea pentru aplicarea si respectarea acestora;
- m) elaborarea planului anual de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale furnizate de spital, care va fi supus spre aprobatie către Comitetul Director;
- n) inaintarea de propuneri cu caracter organizatoric pentru imbunatatirea activitatilor medicale desfasurate la nivelul spitalului;
- o) evaluarea necesarului de personal medical al fiecarei sectii / laborator si elaborarea de propuneri către Comitetul Director pentru stabilirea strategiei de personal a spitalului;

- p) evaluarea necesarului liniilor de garda și alcătuirea de propuneri Managerului cu privire la structura și numarul acestora la nivelul spitalului, după caz;
- q) participarea la stabilirea fiselor posturilor personalului medical angajat; înaintarea de propuneri pentru elaborarea planului de formare și perfectionare continua a personalului medico - sanitar;
- r) elaborarea de propuneri și monitorizarea desfasurării activitatilor de educatie și cercetare medicala din spital, in colaborare cu institutiile acreditate;
- s) asigurarea respectării normelor de etica profesionala și deontologie medicala la nivelul spitalului, colaborand cu Colegiul Medicilor din Romania;
- t) răspunderea pentru acreditarea personalului medical al spitalului și acreditarea activităților medicale desfășurate în spital, în conformitate cu legislația în vigoare;
- u) analizarea și luarea de decizii în situația existentei unor cazuri medicale deosebite;
- v) participarea alături de Manager și Comisia pentru Situații de Urgență, la organizarea asistentei medicale în caz de dezastre, epidemii și în alte situații speciale;
- w) stabilirea coordonatelor principale privind consumul medicamentelor la nivelul spitalului, în vederea utilizării judicioase a fondurilor acestuia, prevenirii polipragmaziei și a rezistenței la medicamente (în consens cu Comisia Medicamentului care activează în spital);
- x) elaborarea raportului anual de activitate medicală a spitalului, în conformitate cu legislatia în vigoare;
- y) supervizarea documentației medicale a pacienților tratați;
- z) avizarea utilizării bazei de date a spitalului pentru activități de cercetare medicală, în condițiile legii;

**Art.141.** (1) Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR" are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfășurării activităților emergente obiectivelor strategice înscrise în "Planul strategic al CBR".
- b) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea / ameliorarea neconformităților constatate care să conțină propuneri punctuale pentru îndeplinirea în volum complet și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin "Planul strategic al CBR".
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Identificarea cu întârziere a unor neconformități care pun în pericol atingerea obiectivelor strategice asumate prin "Planul strategic al CBR";
  - Neexecutarea / întârzierea activităților prevăzute în "Planul strategic al CBR";
  - Luarea unor măsuri care nu se fundamentează pe o analiză succintă a realității, context în care există riscul ca acestea să nu-și atingă scopul sau, din contră, să dăuneze atingerii obiectivelor propuse.

**Art.142.** Etapele modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR" presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

b) Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din "Planul strategic al CBR", care vor fi utilizați în analiza menționată la lit. b) sunt următorii:

- Gradul de îndeplinire a fiecărui dintre obiectivele și activitățile emergente planificate prin graficul Gantt din cadrul "Planul strategic al CBR".
- Se face sau nu dovada că fundamentarea obiectivelor "Planul strategic al CBR" a fost făcută în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.
- Se confirmă / infirmă că rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
- Se confirmă / infirmă că obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.

**Art.143.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR" sunt următorii:

- a) Desfășurarea la termen a analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al "Planul strategic al CBR";
- b) Utilizarea în cadrul analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al "Planul strategic al CBR" a unui set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate;
- c) Gradul de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din "Planul strategic al CBR"

**Art.59.** Atributiile și sarcinile personalului pe categorii profesionale și în raport cu departamentele din structura organizatorica în care își desfășoară activitatea sunt următoarele:

#### **SECTIUNEA I. PERSONALUL MEDICO- SANITAR CU PREGATIRE SUPERIOARA**

Sefii de compartimente (sectii, servicii, compartimente etc.) raspund de indeplinirea intocmai a sarcinilor ce revin compartimentelor pe care le conduc.

##### **Medicul sef de sectie are în principal ca sarcini:**

- 1) organizeaza, supravegheaza și raspunde de întreaga activitate de îngrijire medicală a bolnavilor internați în secția pe care o conduce și repartizează sarcini concrete întregului personal din secție ;
- 2) informează conducerea spitalului asupra activității secției;
- 3) informează conducerea spitalului despre orice evenimente deosebite (incidente, accidente) petrecute în secție precum și despre măsurile pe care le-a luat pentru înlăturarea oricărui pericol și restabilirea situației;
- 4) detaliază/explică pacientului, procedurile și manevrele medicale de recoltare înainte de semnarea de către acesta a formularului numit "consumămant informat" care va fi atașat la foaia de internare.
- 5) pe baza verificării documentelor de asigurare ale pacientului, stabilește dacă acesta plătește la externare suma stabilită de conducerea unității ca – coplată – și anunță pacientul de acest lucru;

- 6) pentru a asigura un echilibru si un ritm constant al timpului de lucru, programeaza si optimizeaza activitatea tuturor cadrelor medicale din subordine;
- 7) aduce la cunostinta personalului medical si auxiliar din subordine toate hotararile generale sau locale care privesc functionarea sectiei si/sau spitalului si supravegheaza corecta lor aplicare;
- 8) evalueaza si revizuieste, periodic, protocolele si procedurile terapeutice aplicabile la nivelul spitalului/secției;
- 9) supravegheaza modul de aplicare a protocolelor si procedurilor terapeutice, in vigoare la nivelul spitalului, si raspunde de corecta aplicare a acestora;
- 10) la nivelul sectiei, raspunde de aplicarea dispozitiilor legale, a reglementarilor suplimentare si a regulamentului de ordine interioara al spitalului, afisandu-l la loc vizibil in incinta sectiei;
- 11) organizeaza la inceputul zilei raportul de garda, care va cuprinde pe scurt si in mod tehnic toate evenimentele importante din ultimele 24 de ore;
- 12) in cazul sectiilor cu același profil, raportul de gardă se organizează împreună cu toate secțiile de același profil și este condus, după caz de Manager/Director Medical. Prezența la raportul de gardă a medicilor din secții și ale asistentelor șefе este obligatorie.
- 13) controleaza si indruma direct activitatea medicilor din subordine, prin examinarea fiecarui bolnav la internare si vizitele periodice in sectie, asigura stabilirea corecta a diagnosticului si tratamentului, participa si organizeaza confruntarea examenelor clinice a cazurilor legale deosebite;
- 14) analizeaza zilnic, cu intregul colectiv de medici din sectie, evolutia starii de sanatate a bolnavilor gravi si se informeaza asupra tuturor bolnavilor nou internati;
- 15) In situatii deosebite, in care ingrijirea medicala a unor bolnavi depaseste posibilitatile de investigatie si tratament ale unitatii in care este internat bolnavul, medicii sefi ai sectiilor respective informeaza directorul medical si managerul, si propune transferul bolnavului in spitalul teritorial cel mai apropiat, cu dotare si incadrare corespunzatoare.
- 16) asigura alimentatia dietetica printr-un numar minim de regimuri alimentare, corect preparate si bine servite bolnavilor;
- 17) asigura efectuarea tuturor examenelor de specialitate, în limita competenței, necesare expertizei capacitatii de munca si efectueaza tratamentul de recuperare corespunzator;
- 18) controleaza si raspunde de eliberarea conform normelor legale a tuturor actelor medico- legale eliberate de sectie;
- 19) organizeaza si indruma ridicarea continua a nivelului profesional al personalului din subordine si activitatea stiintifica atat in sectie cat si in teritoriul arondat;
- 20) organizeaza activitatea de educatie sanitara si controleaza respectarea programului spitalului, disciplina bolnavilor si a vizitatorilor;
- 21) controleaza permanent tinuta corecta a personalului din sectie, activitatea lui si comportamentul deontologic al personalului;
- 22) asigura intocmirea periodica si la iesirea din spital a epicrizei si face recomandarile de tratament corespunzator;

- 23) urmărește și răspunde de completarea integrală și la timp a datelor solicitate de sistemele informatiche implementate la nivelul spitalului sau prevăzute de prevederile legale;
- 24) de a urmari corecta completare a foii de observatie, daca acesta este integral completata si cuprinde: ora internarii pacientului, ora la care pacientul a ajuns pe sectie, ora primului consult, ora primului tratament aplicat, etc;
- 25) asigura pastrarea in bune conditii a documentelor de spitalizare: foaia de observatie, foaia de temperatura; biletul de trimitere,etc;
- 26) supravegheaza buna utilizare a aparaturii, instrumentarului si intregului inventar al sectiei si face propuneri de dotare corespunzatoare necesitatilor;
- 27) intocmeste fisele anuale de evaluare a activitatii intregului personal din subordine;
- 28) se implica in managementul situatiilor relationale dificile cu familiile/apartinatorii revendicativi ai pacientilor;
- 29) sa intocmeasca propuneri fundamentate cu privire la necesarul de bunuri si servicii, investitii/lucrari de reparatii pentru anul urmator si sa le depuna la serviciul achizitiei pana la data de 1 decembrie a anului curent;
- 30) ia masuri pentru imbunatatirea permanenta a serviciilor medicale si hoteliere furnizate pacientului;
- 31) indeplineste orice alte atibutii, in limita pregatirii sale profesionale, stabilit de conducerea spitalului.**

**Medic responsabil cu gestiunea radiatiilor din cadrul laboratorului de radiologie**

1. organizeaza, coordoneaza si raspund de intreaga activitate a serviciului, raspunzand direct de buna intretinere si functionare a aparaturii si instrumentarului aflat in dotarea serviciului, organizeaza si controleaza, asigurand gestionarea si utilizarea rationala a materialelor sanitare folosite (reactivi, filme, etc.)
2. apreciaza in functie de starea bolnavului, de datele consemnate in foaia de observatie si de investigatiile paraclinice deja efectuate, timpul de explorare radiologica necesar si il efectueaza impreuna cu asistenta de radiologie;
3. controleaza activitatea asistentei medicale de radiologie apreciind calitatea radiografiei executate;
4. executa nemijlocit examenele radioskopice;
5. dupa efectuarea examenului radiologic (radioscopic, radiografic) medicul radiolog consemneaza datele obtinute, pe buletinul radiografic asigură și răspunde de introducerea datelor în sistemele informatiche disponibile;
6. asigura si raspunde de aplicarea masurilor de protectie contra radiatiilor si a normelor de protectie a muncii ;
7. asigura si raspunde de aplicarea masurilor de igiena;
8. raspunde de disciplina, tinuta in compartimentul in care isi desfasoara activitatea ;
9. controleaza activitatea personalului mediu si auxiliar in compartimentul in care isi desfasoara activitatea ;
10. participa la consult cu medicii din alte specialitati cand este solicitat;
11. respecta programul de lucru al medicului din serviciul de radiologie ;
12. se preocupă in permanenta de ridicarea nivelului profesional propriu si contribuie la ridicarea nivelului profesional al personalului din subordine.

**Medicul șef din cadrul laboratorului de analize medicale**

- coordoneaza si supervizeaza activitatea din laborator si asigura supravegherea personalului direct sau prin delegare pe intreaga durata de lucru;
- atribuie sarcini specifice de lucru membrilor personalului laboratorului ;
- participa la stabilirea obiectivelor calitatii ;
- verifica documentele elaborate;
- pastreaza evidenta documentelor in vigoare – primita de la Responsabilul Calitatii;
- asigura prin personalul din subordine, elaborarea, modificarea si pastrarea documentelor primite;
- asigura utilizarea exclusiva a documentelor in vigoare necesare desfasurarii activitatilor specifice fiecarui compartiment in parte si ale laboratorului, in general;
- aproba necesarul lunar intocmit de responsabilul cu aprovizionarea in baza cererilor din compartimentele laboratorului;
- avizeaza lista furnizorilor acceptati;
- aproba chestionarul de evaluare pentru furnizorii potentiali;
- numeste responsabilul (personal din laborator) cu aprovizionarea cu servicii si materiale;
- verifica si analizeaza sugestiile, observatiile, recomandarile venite de la posibili furnizori, in vederea imbunatatirii activitatii laboratorului si aproba masurile alese;
- raspunde oricaror reclamatii si cereri venite din partea pacientilor laboratorului;
- intocmeste manualul de recoltare care cuprinde descrierea tehnicilor si cerintelor de recoltare a probelor, cat si materialele necesare fiecarui tip de recoltare;
- stabileste programul de recoltari;
- verifica modul de executie a recoltarilor, etichetarea si identificarea corecta a probelor biologice prin sondaj;
- analizeaza daca volumul de proba ce trebuie recoltat este adevarat testelor de efectuat;
- stabileste timpul necesar pentru raportarea buletinului de analize pentru fiecare analiza in parte;
- verifica inregistrarile facute pe liste de lucru si pe buletinele de analize;
- valideaza si autorizeaza eliberarea buletinelor de analize;
- prezinta in cadrul sedintelor de analiza de management, date sintetice cu privire la activitatea laboratorului;
- comunica conducerii rezultatele auditului si ale analizelor de management, gradul de satisfactie a cerintelor pacientilor, cerintele legale si alte cerinte aplicabile institutiei ;
- sa se asigure ca exista personal suficient, calificat, cu experienta si instruire adevarate si dovedite prin documente pentru necesitatile laboratorului ;
- asigura programe educationale pentru personalul laboratorului ;
- participa la selectia personalului la angajare, asigura instruirea interna si evaluateaza gradul de cunoastere a personalului cu privire la metodele de analiza si utilizarea echipamentelor;
- se asigura ca exista resursele necesare executarii in conditii optime a analizelor medicale;
- urmareste asigurarea intretinerii planificate a echipamentelor;

- participa la receptia cantitativa si calitativa a echipamentelor, si dupa caz si prin sondaj a consumabilelor, materialelor si serviciilor.
- se asigura ca securitatea si confidentialitatea rezultatelor analizelor medicale si a altor date de ordin medical este respectata de intreg personalul, conform politicii si procedurilor in vigoare;
- asigura si implementeaza un mediu de lucru sigur in laborator, urmareste sa fie respectate si indeplinite toate masurile cu privire la conditiile optime de mediu, a ordinii si curateniei in laborator ;
- raspunde de aprovisionarea cu resurse necesare asigurarii calitatii cerute de procedurile de laborator;
  - asigura administrarea eficace si eficienta a serviciilor oferite de laboratorul medical;
  - asigura un bun moral angajatilor.

**Medicul din cadrul Compartimentului de Prevenire si Combatere a Infectiilor asociate Asistenței Medicale**

- Elaboreaza si supune spre aprobare Planul anual de supraveghere si control a infectiilor asociate asistenței medicale din unitatea sanitara.
- Organizeaza activitatea compartimentului de supraveghere si control a infectiilor asociate asistenței medicale pentru implementarea si derularea activitatilor cuprinse in Planul anual tematic al unitatii.
- Propune si initiaza activitati complementare de preventie sau control cu caracter de urgența, in cazul unor situatii de risc sau focar de infectie asociată asistenței medicale.
- Elaboreaza cartea de vizita a unitatii care cuprinde : caracterizarea succinta a activitatilor acreditate, organizarea serviciilor, dotarea edilitara si tehnica a unitatii in asamblu si a subunitatilor din strucura, prepararea si distribuirea alimentelor, starea si dotarea spalatoriei, depozitarea si evacuarea deseurilor menajere si periculoase in vederea caracterizarii calitative si cantitative a riscurilor pentru infectii asociate asistenței medicale.
- Intocmeste harta punctelor si segmentelor de risc pentru infectie asociată asistenței medicale privind modul de sterilizare si mentinera sterilitatii in unitate , decontaminarea mediului fizic si curatenia in unitate , zonele” fierbinti “cu activitate de risc sau cu dotare tehnica si edilitara favorizanta pentru infectiile asociate asistenței medicale.
- Elaboreaza ” istoria” infectiilor asociate asistenței medicale din unitate, cu concluzii privind cauzele facilitatoare de aparitie a focarelor.
- Colaboreaza cu sefii de sectie pentru implementarea masurilor de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale in conformitate cu planul de actiune si ghidul propriu al unitatii.
- Verifica respectarea normativelor si masurile de prevenire in combaterea infectiilor nosocomiale;
- Supravegheaza din punct de vedere epidemiologic activitatea laboratorului de diagnostic etiologic pentru infectiile suspecte sau clinic manifestate.
- Solicita si trimitre tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referinta atat in scopul obtinerii unor caracteristici suplimentare cat si in cadrul auditului extern de calitate.
- Supravegheaza si controleaza buna functionare a procedurilor de sterilizare si mentinere a sterilitatii pentru instrumentarul si materialele sanitare care sunt supuse sterilizarii.
- Supravegheaza si controleaza efectuarea decontaminarii mediului de spital prin curatire chimica si dezinfecție.

- Supravegheaza si controleaza activitatea de indepartare si neutralizare a reziduurilor, cu accent fata de rezidurile periculoase rezultate din activitatea medicala.
- Supravegheaza si controleaza respectarea circuitelor functionale ale unitatii, circulatia asistatilor si vizitatorilor, a personalului.
- Supravegheaza si controleaza respectarea in sectiile medicale si paraclinice a procedurilor profesionale de supraveghere, triaj, depistare, izolare, diagnostic si tratament pentru infectiile nosocomiale .
- Raspunde prompt la informatia primita din sectii si demareaza ancheta epidemiologica pentru toate cazurile suspecte de infectie asociata asistenței medicale.
- Dispune masurile necesare pentru limitarea difuziunii infectiei, dupa anuntarea prealabila a Managerului unitatii, intocmeste ancheta epidemiologica a focarului, solicita colaborari interdisciplinare .
- Raporteaza sefilor ierarhici problemele dispuse .
- Intocmeste rapoarte cu dovezi la dispozitia managerului spitalului, in cazurile de investigare a responsabilitatii pentru infectiile asociate asistenței medicale.

**Medicii din sectii** asigura ingrijirea medicala nemijlocita a bolnavilor internati si au urmatoarele sarcini:

- 1) examineaza si intocmesc foile de observatie ale bolnavilor in primele 24 ore de la internarea acestora, cu completarea acesteia in mod corect, integral si lizibil, fara a omite inscrierea : orei intrarii pacientului in camera de garda/in sectie, ora primului consult, ora primului tratament aplicat, etc;
- 2) introduc cu regularitate si la timp toate datele prevazute de sistemele informatiche implementate la nivelul spitalului sau impuse de dispozitii sau prevederi legale
- 3) discută cu pacientul și dau informații în vederea semnării consimțământului informat de către acesta
- 4) examineaza si consemneaza zilnic in foaia de observatie a bolnavului, evolutia si tratamentul corespunzator, epicriza periodica si terminala;
- 5) participa la examenele radiologice si confruntarile clinice la cazurile pe care le-au avut in ingrijire;
- 6) prezinta periodic medicului sef de sectie situatia bolnavilor pe care ii au in ingrijire si solicita sprijinul acestuia ori de cate ori este necesar;
- 7) intocmeste si semneaza zilnic condica de medicamente pentru bolnavii pe care ii ingrijesc;
- 8) recomanda si urmaresc zilnic dieta alimentara a bolnavilor;
- 9) controleaza si raspund de intreaga activitate de ingrijire a bolnavilor desfasurata de personalul mediu si auxiliar sanitar cu care lucreaza;
- 10) se preocupă si raspund de aplicarea tuturor masurilor igienico-sanitare in sectorul de activitate pe care il au in grija, de disciplina, tinuta si comportamentul personalului in subordine si bolnavilor;
- 11) comunica de indata, sub orice forma, compartimentului S.P.C.I.A.A.M. orice suspiciune de boala contagioasa a unui pacient ;
- 12) asigura obligatoriu garzile in sectie, potrivit graficului de munca stabilit de catre medicul sef de sectie, sau in situatii deosebite la dispozitia acestuia;
- 13) intocmesc formele de externare ale bolnavilor si redacteaza orice act medical, aprobat de conducerea spitalului in legatura cu bolnavii pe care ii au, sau i-au avut in ingrijire;

- 14) raspund prompt la toate solicitarile de urgență și la consulturile din sectii și servicii și colaborează cu toate sectiile și serviciile de specialitate din spital în interesul unei cat mai bune ingrijiri medicale a bolnavilor;
- 15) se preocupă în permanență de ridicarea nivelului profesional propriu și contribuie la ridicarea nivelului profesional al personalului din subordine;
- 16) depun o activitate permanentă de educație sanitată a bolnavilor;
- 17) studiază și își insușesc protocoalele și procedurile distribuite în sectii și le comunica personalului din subordine, pe baza de semnatura.
- 18) ia măsuri pentru îmbunătățirea permanentă a serviciilor medicale și hoteliere furnizate pacientului;

#### **MEDICUL DE GARDA**

- a) raspunde de buna funcționare a spitalului și de aplicarea dispozițiilor prevazute în regulamentul intern, precum și altele speciale date de manager, pe care îl reprezintă în orele în care acesta nu este prezent în spital;
- b) controlează la intrarea în gardă, în lipsa managerului, prezenta tuturor cadrelor din subordine;
- c) controlează existența materialelor necesare pentru a asigura asistența medicală curentă și de urgență;
- d) execuția personal și supraveghează tratamentele medicale de urgență, executate de cadrele sanitare din subordine;
- e) supraveghează special cazurile grave predate de gardă anterioară sau internează în timpul garzii;
- f) raspunde la chemările care necesită prezenta să în cadrul spitalului;
- g) consemnează în foile de observații medicația de urgență pe care a administrat-o;
- h) stabilesc și înscriu în foile de observație diagnosticul de internare, explorările de laborator și tratament necesar;
- i) anunță cazurile medico-judiciare sau cazurile deosebite din punct de vedere medical, directorului medical și managerului spitalului, precum și organelor judiciare în absența acestora;
- j) verifică decesele survenite în spital, consemnând în foaia de observație decesul și da dispozitii de transportare a cadavrului la morgă;
- k) triază în vederea internării și internează bolnavii prezenți cu bilet de trimis precum și cazurile de urgență ce se adresează spitalului, raspunde de justă indicație a internării sau a refuzului acestor cazuri;
- l) acordă asistență medicală de urgență bolnavilor care nu necesită internarea;
- m) asigură internarea în alte spitale a bolnavilor care nu pot fi rezolvati în spital;
- n) asista dimineața la distribuirea alimentelor, pentru preluare, verifică calitatea acestora, refuza pe cele alterate și sesizează aceasta conducerii spitalului;
- o) controlează calitatea hranei pregătita înainte de servirea mesei de dimineață, prânz și cină, din punct de vedere organoleptic, cantitativ și calitativ și refuza servirea felurilor de mâncare necorespunzătoare, consemnând observațiile în registrul de raport gardă, retinând probe;
- p) anunță prin toate mijloacele posibile direcția și autoritatile competente în caz de incendiu sau alte calamități produse în timpul garzii și ia măsuri imediate de prim ajutor cu mijloacele disponibile;

- q) intocmeste raportul de gardă la terminarea gărzii, consemnand întreaga activitate din spital pe timpul garzii, măsurile luate, deficiențele constatate și orice observații necesare pentru bunul mers al spitalului;

**Biologul** din serviciul laborator, asigura indeplinirea tuturor sarcinilor ce ii revin sub îndrumarea și indicarea medicilor șefi ai serviciilor respective.

- a) efectuează investigații de laborator conform pregătirii și specializării;
- b) participă la programe de control privind starea de sănătate a populației;
- c) participă, împreună cu medicul și asistentele medicale, la cercetarea în domeniul medical;
- d) participă, împreună cu împreună cu medicul și asistentele medicale, la protejarea mediului ambient.

e) are obligația profesională de a se pregăti prin programe de pregătire continuă, elaborate de Ministerul Sanatății cu consultarea Ordinului Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor.

g) în exercitarea profesiei, biologul din spital respectă demnitatea ființei umane și principiile eticei, dând dovada de responsabilitate profesională și morală, acționând întotdeauna în interesul pacientului, al familiei pacientului și al comunității.

h) biologul este obligat să păstreze secretul profesional.

i) biologul colaborează cu medicul și recunoaște rolul coordonator al acestuia,

j) biologul împreună cu ceilalți membri ai colectivului, participă la menținerea relațiilor amicabile în cadrul acestuia și contribuie la asigurarea calității actului medical.

**Medicul rezident** este în subordinea medicului șef de secție sau serviciu, sub conducerea căruia își realizează pregătirea profesională.

Medicul rezident este obligat să lucreze prin rotație în toate subdiviziunile secției având următoarele sarcini :

- 1) efectuează anamneza și examinează bolnavii imediat la internare, completând foaia de observație în primele 24 ore, iar în cazuri de urgență cere analizele de laborator necesare, sub supravegherea medicului îndrumător;
- 2) examinează zilnic bolnavii și consemnează în foaia de observație evoluția, explorările de laborator, alimentația și tratamentul corespunzător;
- 3) prezintă medicului curant și medicului șef de secție situația bolnavilor pe care îi are în îngrijire și solicită sprijinul acestora, ori de câte ori este necesar;
- 4) participă la consulturi interdisciplinare (în ambulatoriu integrat al Spitalului sau însușește pacientul în alte clinici sau spitale). Participă la examenele paraclinice, precum și la comisiile de examinare a cazurilor de internare non – voluntară sau a expertizelor medico – legale (însușind pacientul la Institutul de Medicină Legală, atunci când este cazul);
- 5) comunică zilnic medicului de gardă bolnavii gravi pe care îi are în îngrijire în secție și care necesită supraveghere deosebită pe parcursul gărzii;
- 6) comunica medicului curant orice suspiciune de boala contagioasă la un pacient;
- 7) răspunde și aplică toate măsurile de igienă și antiepidemice, precum și a normelor de protecția muncii în sectorul de activitate pe care îl are în grija;
- 8) întocmește formele de externare ale bolnavilor și redactează orice act medical, aprobat de conducerea spitalului în legătură cu bolnavii pe care îi are sau i-a avut în îngrijire, sub directă supraveghere a medicului curant sau a medicului șef de secție;

- 9) răspunde prompt la toate solicitările de urgență și la consulturile din aceeași secție și alte secții (dacă este cazul) și colaborează cu toți medicii din secțiile și laboratoarele din spital, în interesul unei cât mai bune îngrijiri medicale a pacienților;
- 10) depune o activitate permanentă de educație sanitară a bolnavilor și aparținătorilor;
- 11) participă alături de medicul curant la prescrierea tratamentului în foaia de observație, urmărește îndeaproape schimbările (modificările medicamentelor sau ale dozelor de la o zi la alta) păstrând o apropiată colaborare cu asistentele medicale în acest sens, precum și în sensul unei judicioase repartizări a investigațiilor de specialitate necesare pacienților internați, notării acestora în foaia de observație a bolnavului, precum și asigurarea unei prioritizări a pacienților pe criteriul urgenței medicale;
- 12) se preocupă de pregătirea sa profesională în vederea obținerii titlului de medic specialist, sub conducerea medicului specialist sau primar îndrumător sau a medicului șef de secție, prin participarea constantă la cursurile și prezentările de cazuri organizate atât în cadrul spitalului, cât și în cadrul altor manifestări științifice.

#### **Kinetoterapeutul**

Participă la examinarea clinica a bolnavilor luand cunostinta de diagnostic, indicatiile de tratament si in acest fel isi intocmeste conspectul de program de gimnastica si efectueaza tratamentul kinetic prescris.

Consemneaza cu regularitate in foaia de observatie sau in fisa, tratamentul aplicat si observatiile sale in legatura cu modul de a reactiona al bolnavului.

Completeaza periodic in fisa, datele atropometrice.

Prezinta periodic medicului starea pacientilor pe care ii are in tratament si solicita sprijinul acestuia ori de cate ori este necesar.

Se preocupa si raspund de respectarea tuturor masurilor igienico-sanitare in sectorul de activitate pe care il au in grija, de disciplina, tinuta si comportamentul personalului din subordine.

Raspunde de buna intretinere si utilizare a salilor de gimnastica, a aparaturii si inventarului moale.

Pastreaza in permanenta tinuta reglementara.

**Farmacist primar.** In exercitarea atributiilor sale, farmacistul primar este subordonat conducerii spitalului in cadrul caruia functioneaza farmacia, ca sectie a acestuia si are in subordine personalul farmaciei.

- face parte din Consiliul Medical al Spitalului;
- face parte din Comisia Medicamentului;

Participă la raportul de gardă in vederea imbunatatirii permanente a actului terapeutic si face parte din colectivul de farmaco-vigilenta.

Atributiile farmacistului sunt urmatoarele:

- a) asigura aprovizionarea farmaciei cu medicamente in functie de stocurile existente;
- b) coordoneaza si urmareste preluarea medicamentelor si materialelor sanitare livrate de depozite pe baza facturilor din punct de vedere cantitativ, calitativ si valoric;
- c) asigura depozitarea si conservarea medicamentelor in conformitate cu specificul fiecarui produs;
- d) organizeaza si urmareste desfasurarea procesului de munca, precum si ridicarea nivelului profesional al personalului din subordine;
- e) asigura prepararea, conservarea si eliberarea medicamentelor magistrale si oficiale;

- f) gestioneaza produsele farmaceutice cu termen de valabilitate depasit in vederea casarii si incinerarii;
- g) gestioneaza substante toxice si stupefieantele, efectueaza nemijlocit eliberarea si evidenta zilnica a rulajului acestor substante;
- h) monitorizeaza introducerii datelor in sistemul informatic al spitalului, necesare pentru raportarea lunara a consumului de medicamente pentru unitatile sanitare cu paturi, conform normativelor in vigoare;
- i) urmareste valabilitatii autorizatiei de functionare a farmaciei.
- j) in intreaga sa activitate va respecta principiile etice, deontologiei profesionale si codului de conduită;

## **SECTIUNEA II . PERSONAL SANITAR MEDIU cu studii medii sau superioare SI AUXILIAR**

In aceasta categorie de personal se incadreaza dupa functiile indeplinite cei de mai jos, avand urmatoarele sarcini:

**Asistenta sefa este** subordonata direct medicului sef de sectie si are urmatoarele sarcini de baza:

- 1) organizeaza, indruma si controleaza intreaga activitate a personalului mediu si auxiliar sanitar si de ingrijire din sectie;
- 2) organizeaza si asigura primirea bolnavilor si insotitorilor in spital si informarea acestora asupra prevederilor regulamentului intern al spitalului, referitor la indatoririle bolnavilor internati;
- 3) raspunde de modul in care personalul mediu si auxiliar sanitar asigura ingrijirea bolnavilor;
- 4) verifica aplicarea tratamentului indicat bolnavilor;
- 5) semnaleaza sefului de sectie aspectele deosebite din spital cu privire la ingrijirea bolnavilor;
- 6) participa la raportul de garda al medicilor;
- 7) insoteste medicul sef de sectie la vizita, consemneaza si asigura indeplinirea de catre personalul din subordine, a tuturor indicatiilor date de acesta;
- 8) organizeaza, indruma si sprijina programarea si efectuarea examenelor de specialitate indicate bolnavilor din spital, aducerea si inscrierea rezultatelor in foile de observatie ale acestora;
- 9) intocmeste si transmite serviciului de primire evidenta miscarii bolnavilor din spital;
- 10) supravegheaza intocmirea foii de alimentatie zilnica a bolnavilor, organizeaza si asista la distribuirea mesei;
- 11) organizeaza trimiterea condicilor de medicamente la farmacie si administrarea tratamentului potrivit indicatiilor medicale;
- 12) controleaza aparatele de medicamente din spital si asigura completarea si justificarea medicamentelor consumate;
- 13) gestioneaza bunurile aflate in dotarea sectiei, se preocupă si asigura utilizarea si pastrarea acestora in conditii corespunzatoare;
- 14) organizeaza si raspunde de intreaga activitate de igiena a sectiei;

- 15) controleaza si raspunde de asigurarea sterilizarii instrumentarului si a tuturor masurilor de asepsie si antisepsie, necesare prevenirii transmiterii infectiilor intraspitalicesti;
- 16) organizeaza si controleaza folosirea integrala a timpului de munca al personalului din subordine, controleaza predarea serviciului pe ture si asigura folosirea judicioasa a personalului in perioadele de concedii.
- 17) controleaza si raspunde de tinuta disciplinara a personalului din subordine;
- 18) se preocupă si sprijina ridicarea continua a nivelului profesional al personalului din subordine;
- 19) urmareste si asigura buna desfasurare a muncii de pregatire practica a elevilor scolilor sanitare aflati in stagiu.
- 20) evalueaza anual performantele profesionale individuale ale personalului din subordine.
- 21) alcatuieste anexa pentru hrana pacientilor nou internati;
- 22) intocmeste graficul de lucru si foile colective de prezență, pentru personalul din sectie, si predă originalul comportiment RUNOS.
- 23) la masuri pentru imbunatatirea permanenta a serviciilor medicale si hoteliere furnizate pacientului;

**Asistentele medicale** incadrate in sectii sunt subordonate asistentei sefe, precum si medicilor care raspund de bolnavii din saloanele unde acestea lucreaza si asigura indeplinirea următoarelor sarcini:

- Preia pacientul nou internat si insotitorul acestuia (in functie de situatie), verifica toaleta personala, tinuta de spital si il repartizeaza la salon.
- Informeaza pacientul cu privire la structura sectiei si asupra obligativitatii respectarii regulamentului intern (care va fi afisat in salon).
- acorda prim ajutor in situatii de urgența si cheama medicul.
- participa la asigurarea unui climat optim si de siguranta in salon.
- identifica problemele de ingrijire ale pacientilor, stabileste prioritatile, elaboreaza si implementeaza planul de ingrijire si evalueaza rezultatele obtinute pe tot parcursul internarii.
- prezinta medicului de salon pacientul pentru examinare si il informeaza asupra starii acestuia de la internare si pe tot parcursul internarii.
- detaliaza/explica pacientului, procedurile si manevrele medicale de recoltare înainte de semnarea de către acesta a formularului numit "consimțământ informat" care va fi atașat la foaia de internare.
- pe baza verificării documentelor de asigurare ale pacientului, stabilește dacă acesta plătește la externare suma stabilita de conducerea unității ca – coplată – și anunță pacientul de acest lucru;
- observa simptomele si starea psihica a pacientului, raspunsul la tratament si medicatie si informeaza medicul curant.
- pregateste bolnavul si ajuta la efectuarea tehnicielor speciale de investigatii si tratament.
- pregateste bolnavul, prin tehnici specifice, pentru investigatii speciale, organizeaza transportul bolnavului si la nevoie supravegheaza starea acestuia pe timpul transportului.
- recolteaza produse biologice pentru examenele de laborator, conform prescriptiei medicului.
- raspunde de ingrijirea bolnavilor din salon si supravegheaza efectuarea de catre infirmiera a toaletei, schimbarii lenjeriei de corp si de pat, crearii conditiilor pentru satisfacerea nevoilor fizilogice, schimbarii pozitiei bolnavului.

- introduce în sistemele informative disponibile datele necesare în limita competenței sale, conform dispozițiilor prime de la medicul currant și medicul șef de secție;
- observă apetitul pacientilor, supraveghează și asigură alimentarea pacientilor dependenti, supraveghează distribuirea alimentelor conform dietei consenzate în Foia de Observație.
- administrează medicația, monitorizează evoluția și reacția pacientului la tratament, informează pacientul de importanța tratamentului și respectării schemei de tratament, și a dozei prescrise de medic.
- pregătește echipamentul, instrumentarul și materialele necesare diverselor intervenții.
- semnalizează medicului orice modificări depistate.
- respectă normele de securitate, manipulare și descarcare a stupefiantelor, precum și a medicamentelor cu regim special.
- organizează și desfășoară programe de educație pentru sănătate, activități de consiliere, lectii educative și demonstrații practice, pentru pacienți, apartinatori și diferite categorii profesionale aflate în formare.
- participă la acordarea îngrijirilor paliative și instruiește familia sau apartinatorii pentru acordarea acestora.
- participă la sedințe de consiliere individuală sau de grup, la discuții psihoeducaționale cu apartinatorii, organizează sesiuni în vederea terapiei ocupatoriale și terapiei sociale vizând înțelegerea problemelor emotionale și psihice, acceptarea nevoii de tratament.
- supraveghează modul de desfasurare a vizitelor apartinatorilor, conform regulamentului intern.
- efectuează verbal și în scris preluarea/predarea fiecarui pacient și a serviciului în cadrul raportului de tura.
- pregătește pacientul pentru externare.
- în caz de deces, inventariază obiectele personale, identifică cadavrul și organizează transportul acestuia la locul stabilit de conducerea spitalului.
- utilizează și pastrează, în bune condiții, echipamentele și instrumentarul din dotare, supraveghează colectarea materialelor și instrumentarului de unică folosință utilizat și se asigură de depozitarea acestora în vederea distrugerii.

**Asistentă de radiologie**, în afara sarcinilor generale indeplineste și urmatoarele:

1. pregătește bolnavul și materialele necesare examenului radiologic;
2. efectuează radiografii și radioscopii, după indicațiile și sub răspunderea medicului;
3. executa developarea, prepararea și conservarea filmelor în filmotecă.

**Asistentul de farmacie** este subordonat farmacistului primar, indeplinind următoarele sarcini principale:

1. participă la receptionarea medicamentelor, materialelor sanitare livrate de depozite, pe baza de factură din punct de vedere cantitativ și calitativ (va semna de luare la cunoștință pe factură);
2. participă la transportarea, depozitarea și conservarea medicamentelor în conformitate cu prevederile normative în vigoare și caracteristicile specifice fiecarui produs;
3. asigură aprovizionarea locurilor de munca cu produsele existente în depozit;
4. preia condicile de prescripție medicală din spital, le executa și eliberează personalului sanitar medicamentele respective;
5. supraveghează prepararea apei distilate;
6. participă la operațiunile de inventariere;

7. verifica termenele de valabilitate ale medicamentelor;
8. în permanenta se va interesa de dinamica stocurilor;
9. pastreaza la locul de munca ordinea si curatenia;
10. respecta orarul de functionare al farmaciei precum si programul sau de munca;
11. se preocupă de cunoasterea aprofundata a tuturor medicamentelor existente in farmacie cat si de ridicarea nivelului sau profesional;
12. manifesta in permanenta o atitudine deontologica de corectitudine si comportament corespunzator fata de colectiv si personalul spitalului;

**Asistenta medicala de laborator**

- 1 - executa in functie de pregatirea sa, examenele de laborator indicate de medic;
- 2 - efectueaza inregistrarea examenelor de laborator si rezultatele pe buletine;
- 3 - pregateste sticlaria, mediile, colorantii, aparatura si sticlaria speciala de laborator necesara activitatii;

**Asistenta medicala dieteticiana** este subordonata directorului medical si are urmatoarele sarcini:

- face parte de drept din comisia de meniuri calculand periodic valoarea calorica si compozitia in principii alimentare a meniurilor;
- centralizeaza zilnic regimurile dietetice recomandate de sectii si intocmeste lista cu cantitatea si sortimentele de alimente necesare;
- viziteaza la ora de distribuire a mesei, sectiile de bolnavi, urmarind modul cum sunt respectate regimurile;
- raspunde de pastrarea probelor de alimente.

**Compartimentul de Statistica medicala** este subordonat managerul, si are urmatoarele sarcini:

- colecteaza, in vederea prelucrarii statistice, datele de pe suport fizic sau electronic (foi de observatie ale bolnavilor externati, totalitatea analizelor de laborator dupa specificul lor, totalitatea radiografiilor si radioscopiilor, EKG, ECHO, tratamente si internari de la Camera de garda, etc);
- colecteaza, pentru Programul National D.R.G., si S.I.U.I. toate foile de observatie ale bolnavilor externati din spital.
- furnizeaza lunar, pentru Biroul Contabilitate, intreaga documentatie statistica necesara pentru facturarea serviciilor;
- pune la dispozitia C.A.S.M.B., lunar, toti indicatorii de functionalitate ai spitalului;
- prelucreaza lunar, pentru sefii de sectii, situatia statistica a bolnavilor internati si externati din spital;
- verifica zilnic, toate inregistrarile de la Camera de Garda, necesare prelucrarilor statistice.

**Registratorul medical** in spital are urmatoarele sarcini:

- inregistreaza intrarile bolnavilor din spital, tinand legatura cu Directorul Medical și Managerul;
- completeaza si tine la zi, toate prezentările de la cabinetul de internări prin consemnarea acestora într-un registru;
- indeplineste si orice alte atributii pe care i le da seful ierarhic.

**SECTIUNEA III. PERSONALUL SANITAR AUXILIAR**

In aceasta categorie de personal se incadreaza dupa functiile indeplinite persoanele de mai jos avand urmatoarele sarcini:

**Infirmiera** este subordonata direct asistentei şefe si are in principal urmatoarele sarcini:

- Pregateste patul si schimba lenjeria bolnavilor;
- Efectueaza sau ajuta la efectuarea toaletei zilnice si a nevoilor fiziologice a bolnavului imobilizat, cu respectarea regulilor de igiena;
- Ajuta la pregatirea bolnavilor in vederea examinarii;
- Transporta lenjeria murdara (de pat si a bolnavilor) in containere speciale la camera specială de distribuire a lenjerie si o aduce curata in containere speciale, cu respectarea circuitelor conform prevederilor din regulamentul intern;
- Asigura curatenia, dezinfecția si pastrarea recipientelor utilizate, in locurile si conditii stabilite (in sectie);
- Executa, la indicatia asistentului medical, dezinfecția zilnica a mobilierului din salon si pregeateste salonul pentru dezinfecție, ori de cate ori este necesar;
- Efectueaza curatenia si dezinfecția carucioarelor pentru bolnavi, a targilor si a celorlalte obiecte care ajuta bolnavul la deplasare;
- Pregateste si ajuta bolnavul pentru efectuarea plimbarii si ii ajuta pe cei care necesita ajutor pentru a se deplasa;
- Colecteaza materialele sanitare si instrumentarul de unica folosinta, utilizate, in recipiente speciale si asigura transportul lor la spatiile amenajate de depozitare, in vederea neutralizarii;
- Ajuta asistentul medical la pozitionarea bolnavului imobilizat;
- Goleste periodic sau la indicatia asistentului medical pungi de urina, produse biologice, dupa care s-a facut bilantul de catre asistentul medical si au fost inregistrate in documentatia bolnavului;
- Dupa decesul unui bolnav, sub supravegherea asistentului medical, pregeateste cadavrul si ajuta la transportul acestuia, la locul stabilit de catre conducerea spitalului;
- asigura distribuirea mesei bolnavilor;
- asigura spalarea veselei, tacamurilor, curatenia si ordinea in oficiile de alimente;
- asigura pastrarea si folosirea in bune conditii a inventarului pe care il are in primire;
- acorda o atentie deosebita igienei personale;
- nu are abilitatea sa dea relatii despre starea sanatatii bolnavului;
- executa orice alte sarcini, privind activitatea spitalului, din partea asistentei cu care lucreaza.

**Ingrijitoarea de curatenie** este subordonata asistentei şefe din secția in care isi desfăsoara activitatea si este obligata sa indeplineasca toate sarcinile pe care i le traseaza aceasta.

Ingrijitoarea de curatenie are, in principal urmatoarele sarcini:

- Asigura intretinerea curateniei si dezinfecția oficiilor, saloanelor, coridoarelor, scarilor, mobilierului, ferestrelor;
- Asigura curatenia zilnica si dezinfecția grupurilor sanitare cu materiale si solutii folosite numai pentru aceste spatiu;
- Pastreaza materialele de curatenie in recipiente originale utilizate in locuri si conditii bine stabilite (sectie);
- Transporta lenjeria murdara in containere speciale si o aduce de la spalatorie, cu respectarea circuitelor conform reglementarilor regulamentului intern;
- Colecteaza si transporta deseurile menajere si asigura transportul lor in spatii amenajate pentru depozitare, cu respectarea circuitelor;

- Colecteaza si transporta deseurile infectioase in recipiente speciale si asigura transportul lor la spatiile amenajate de depozitare, in vederea neutralizarii, cu respectarea circuitelor conform protoculului;
- Efectueaza aerisirea zilnica a saloanelor si raspunde de pastrarea temperaturii optime, corespunzatoare a acestora;
- Raspunde de folosirea, pastrarea si intretinerea corespunzatoare a pubelelor pentru colectarea pe tipuri de deseuri (menajere, infectioase, intepatoare, taietoare);
- Efectueaza dezinsectia conform instructiunilor primite;
- Raspunde de pastrarea in bune conditii si cu respectarea termenului de valabilitate a materialelor de curatenie ce le are in grija;

#### **Atributiile personalului aparatului functional**

Compartimentul R.U.N.O.S. este subordonat Managerului. Compartimentul Resurse Umane, Normare, Organizare si Salarizare, are in principal urmatoarele sarcini:

- colaboreaza cu celelalte compartimente pentru stabilirea necesitatii unitatii;
- coordoneaza lucrările de incadrare a personalului de executie din unitate si raspunde de corecta intocmire a contractelor de munca;
- raspunde de acordarea drepturilor de salarizare pentru toate categoriile de personal;
- raspunde de intocmirea corecta si la timp a darilor de seama statistice;
- raspunde de justa intocmire a statelor de plata, a drepturilor de personal;
- controleaza evidenta drepturilor platite salariatilor;
- raspunde de corecta intocmire a registrelor de evidenta a salariatilor;
- avizeaza solicitarea structurilor spitalului pentru scoaterea la concurs a posturilor vacante, in vederea aprobarii de catre manager, si ia masuri de intocmire a lucrarilor privind scoaterea la concurs a posturilor solicitate;
- avizeaza legalitatea masurilor si actelor ce urmeaza sa se stabileasca de conducerea unitatii;
- coordoneaza calcularea salariilor de baza ale personalului;
- verifica si coordoneaza planificarea si efectuarea concediilor de odihna;
- intocmirea statului de functii, conform normelor de structura aprobate, pentru toate categoriile de personal;
- asigurarea incadrarii personalului de executie de toate categoriile, potrivit statului de functii si respectarea nomenclatoarelor de functii si salarizare a regulamentului privind conditiile de studii si vechime;
- efectuarea controlului prestarii muncii, atat in cadrul programului de lucru, cat si in afara acestuia (garzi, munca suplimentara, etc);
- asigurarea acordarii drepturilor de salarizare ca:salarii tarifare, spor de vechime neintrerupta in munca, spor pentru conditii periculoase sau vatamatoare, garzi, indemnizatii, premii anuale, etc;
- participa la intocmirea Registrului unic de evidenta a salariatilor in sistem electronic si comunicarea la ITM a tuturor modificarilor care intervin la contractul individual de munca si cu privire la datele personale ale salariatilor;
- asigura intocmirea situatiilor statistice solicitate de ASSMB, DSP si INS ;
- elaboreaza, pe baza datelor furnizate de sectii, birouri, planul de invatamant anual si de perspectiva (perfectionari,reciclari);

Compartimentul juridic are in principal urmatoarele sarcini:

- consilierul juridic in activitatea sa asigura consultanta si reprezentarea spitalului in raporturile lor cu autoritatile publice, institutiile de orice natura, precum si cu orice persoana juridica sau fizica, romana sau straina; in conditiile legii si ale regulamentelor specifice unitatii, avizeaza si contrasemneaza actele cu caracter juridic;
- urmareste aparitia dispozitiilor cu caracter normativ si semnaleaza organelor de conducere asupra sarcinilor ce le revin unitatilor sanitare potrivit acestor dispozitii;
- avizeaza legalitatea masurilor si actelor ce urmeaza sa se stabileasca de conducerea unitatii;
- avizeaza toate documentele cu caracter de norme si regulamente care reglementeaza activitatea spitalului;
- participa la elaborarea Regulamentului intern, aducand la cunostinta conducerii spitalului dispozitiile legale care trebuie respectate in acest caz;
- vizeaza pentru legalitate deciziile emise de conducerea spitalului;
- urmareste respectarea legalitatii in cazul incheierii, modificarii si desfacerii contractelor individuale de munca;
- evidentele activitatii consilierului juridic, actele si documentele sunt tinute de acesta, potrivit reglementarilor privind activitatea persoanei juridice in slujba careia se afla;
- consilierul juridic este obligat sa respecte dispozitiile legale privitoare la interesele contrare in aceeasi cauza sau in cauze conexe ori la conflictul de interes pe care persoana juridica ce o reprezinta le poate avea;
- consilierul juridic este obligat sa respecte secretul si confidentialitatea activitatii sale, in conditiile legii;
- consilierul juridic raspunde judic pentru incalcarea obligatiilor profesionale, potrivit legii si reglementarilor specifice ale domeniului activitatii persoanei juridice in slujba careia se afla;
- autoritatile si persoanele juridice de drept public sau privat, care incadreaza consilierii juridici debutanti, beneficiaza de reglementarile financiare favorabile prevazute de lege;
- consilierul juridic raspunde disciplinar pentru nerespectarea prevederilor prezentului R.I. conform rementarii legale privind activitatea persoanei juridice in slujba careia se afla;
- autoritatea disciplinara poate fi sesizata de persoana vatamata sau, dupa caz, de asociatia profesionala;
- in activitatea sa profesionala consilierul juridic se bucura de protectia legii, in conditiile prevazute de legea pentru organizarea si exercitarea profesiei de consilier juridic.

**Seful Serviciului Aprovizionare, Achiziții Publice, Transport** are in principal urmatoarele atributii:

1. Elaborează programul anual al achizițiilor publice pe baza necesităților și priorităților identificate la nivelul instituției, în funcție de fondurile aprobată și de posibilitățile de atragere a altor fonduri;
2. Elaborează documentația de atribuire sau în cazul organizării unui concurs de soluții, a documentației de concurs, în colaborare cu serviciile sau compartimentele care relevă necesitatea și oportunitatea achiziției, în funcție de complexitatea problemelor care urmează să fie rezolvate în contextul aplicării procedurii de atribuire;
3. Îndeplinește obligațiile referitoare la publicitate, astfel cum sunt acestea prevăzute în Legea nr. 98/2016;
4. Propune componența comisiilor de evaluare pentru fiecare contract care urmează a fi atribuit;

5. Asigură activitatea de informare și de publicare privind pregătirea și organizarea licitațiilor, obiectul acestora, organizatorii, termenele, precum și alte informații care să edifice respectarea principiilor care stau la baza atribuirii contractelor de achiziții publice;
6. Asigură aplicarea și finalizarea procedurilor de atribuire, pe baza proceselor verbale și a hotărârilor de licitații, prin încheierea contractelor de achiziție publică;
7. Colaborează cu serviciile și compartimentele de specialitate pentru rezolvarea problemelor legate de procedura de atribuire;
8. Urmărește și asigură respectarea prevederilor legale, la desfășurarea procedurilor privind păstrarea confidențialității documentelor de licitație și a securității acestora;
9. Asigură constituirea și păstrarea dosarului achiziției, document cu caracter public;
10. Operează modificări sau completări ulterioare în programul anual al achizițiilor, când situația o impune, cu aprobarea conducătorului instituției și avizul compartimentului finanțier contabil;
11. Întocmește și transmite către Autoritatea Națională pentru Reglementarea și Monitorizarea Achizițiilor Publice unui raport anual privind contractele de atribuire, în format electronic, până la data de 31 martie a fiecărui an pentru anul precedent;
12. coordoneaza, controleaza si raspunde de intreaga activitate desfasurata de personalul din subordine;
13. actualizeaza in permanenta fiselle de post, cu respectarea prevederilor Codului Muncii
14. analizeaza si da curs masurilor pe care Comitetul Director le recomanda pentru dezvoltarea activitatii spitalului in concordanta cu nevoile de servicii medicale ale populatiei;
15. fundamenteaza si supune spre aprobare necesarul de materialele (baremul) pentru realizarea activitatilor din compartimentele spitalului, liste de lucrari de investitii curente sau capitale care se realizeaza intr-un exercitiu finantier, in conditiile legii;
16. propune masurile necesare pentru modernizarea utilajelor si inventarul gospodaresc al unitatii;
17. ia masurile necesare potrivit dispozitiilor legale si contractului colectiv de munca, pentru asigurarea conditiilor corespunzatoare de munca , prevenirea accidentelor si imbolnavirilor profesionale;
18. raspunde de problema dotarii unitatii, corelat cu sumele prevazute in bugetul de venituri si cheltuieli;
19. ia masuri pentru aprovizionarea ritmica a unitatii, reducerea consumurilor si optimizarea stocurilor de materiale propunand activitati de achititii publice in conformitate cu prevederile legale in vigoare ;
20. face propuneri de casare a mijloacelor fixe, de casare a obiectelor de inventar, altele decat cele care sunt mijloace fixe si participa la activitatea comisiei de casare ;
21. asigura verificarea la timp si in bune conditii a aparatelor si utilajelor conform dispozitiilor in vigoare;
22. ia masurile necesare pentru buna intretinere a imobilelor si instalatiilor aferente;
23. asigura organizarea si exercitarea masurilor pentru prevenirea si combaterea incendiilor, controleaza si raspunde de aceasta activitate potrivit legislatiei in vigoare;
24. ia masurile prevazute in actele normative privind receptia, manipularea si depozitarea corespunzatoare a bunurilor materiale, pentru gospodarirea economicoasa si integritatea patrimoniului unitatii;
25. superviseaza organizarea si asigurarea pazei si ordinei in unitate;
26. asigura masurile necesare pentru utilizarea inventarului administrativ-gospodaresc in conditii de eficienta maxima;

27. asigura inventarierea patrimoniului in conditiile si la termenele stabilite prin acte normative;
28. realizeaza masurile de protectia muncii si aducerea la cunostinta intregului personal a normelor de igiena si de protectia muncii;
29. urmarirea si verificarea la timp si in bune conditii a aparaturii si utilajelor din dotare;
30. asigura receptia, manipularea si depozitarea corespunzatoare a bunurilor;
31. asigura functionalitatea utilajelor si retelelor apa-canal, electricitate din spital;
32. asigura intretinerea cladirilor, instalatiilor si inventarului unitatii;
33. asigura pastrarea arhivei unitatii conform normelor legale .

**Referent de specialitate – Achizitii Publice**

1. urmareste modul de indeplinire a obligatiilor asumate prin contractele proprii (prestari servicii, servicii externalizate, service aparate laborator analize medicale-fizioterapie-radiologie, catering, utilități, spălătorie etc) si derularea lor, luand masuri pentru asigurarea respectarii prevederilor contractuale;
2. colaboreaza cu serviciile și compartimentele de specialitate pentru rezolvarea problemelor legate de procedura de atribuire;
3. redacteaza și semnează întocmirea comenziilor aferente contractelor încheiate între spital și furnizori;
4. Elaborează notele justificative în toate situațiile în care procedura de atribuire propusă pentru a fi aplicată este alta decât licitația deschisă sau cea restrânsă, cu aprobarea conducerii instituției și cu avizul compartimentului juridic
5. participa la conceperea informarilor periodice ce se prezinta Comitetului Director
6. duce la indeplinire hotararile conducerii ;
7. indruma si controleaza nemijlocit munca administrativ gospodareasca din unitate

**Directorul Financiar-Contabil, are in principal urmatoarele atributii specifice:**

- a) asigură și răspunde de buna organizare și desfășurare a activității financiare a unității, în conformitate cu dispozițiile legale;
- b) organizează contabilitatea în cadrul unității, în conformitate cu dispozițiile legale, și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor;
- c) asigură întocmirea la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a balanțelor de verificare și a bilanțurilor anuale și trimestriale;
- d) propune defalcarea pe trimestre a indicatorilor financiari aprobați în bugetul de venituri și cheltuieli;
- e) asigură executarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari aprobați și respectarea disciplinei contractuale și financiare;
- f) participă la negocierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate;
- g) angajează unitatea prin semnatură alături de manager în toate operațiunile patrimoniale, având obligația, în condițiile legii, de a refuza pe acelea care contravin dispozițiilor legale;
- h) analizează, din punct de vedere finanțier, planul de acțiune pentru situații speciale prevăzute de lege, precum și pentru situații de criză;
- i) participă la organizarea sistemului informațional al unității, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilității;

- j) evaluează, prin bilanțul contabil, eficiența indicatorilor specifici;
  - k) asigură îndeplinirea, în conformitate cu dispozițiile legale, a obligațiilor unității către bugetul statului, trezorerie și terți;
  - l) asigură plata integrală și la timp a drepturilor bănești cuvenite personalului încadrat în spital;
  - m) asigură întocmirea, circuitul și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;
  - n) organizează evidența tuturor creațelor și obligațiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale și alte acte asemănătoare și urmărește realizarea la timp a acestora;
  - o) ia măsuri pentru prevenirea pagubelor și urmărește recuperarea lor;
  - p) asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale și ia măsuri pentru ținerea la zi și corectă a evidențelor gestionării;
  - q) răspunde de îndeplinirea atribuțiilor ce revin serviciului finanțier-contabilitate cu privire la exercitarea controlului finanțier preventiv și al asigurării integrității patrimoniului;
  - r) îndeplinește formele de scădere din evidență a bunurilor de orice fel, în cazurile și condițiile prevăzute de dispozițiile legale;
  - s) împreună cu Seful Serviciului Administrativ și Seful Serviciului Achiziții, întocmește și prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale și bănești, de prevenire a formării de stocuri peste necesar, în scopul administrării cu eficiență maximă a patrimoniului unității și a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale;
  - t) organizează și ia măsuri de realizare a perfecționării pregătirii profesionale a cadrelor finanțier-contabile din subordine;
  - u) organizează la termenele stabilite și cu respectarea dispozițiilor legale inventarierea mijloacelor materiale în unitate.
1. asigură și răspunde de buna organizare și desfășurare a activităților din cadrul Serviciului Finanțier Contabilitate al unității, în conformitate cu dispozițiile legale;
  2. organizează activitatea desfasurată în cadrul Serviciului Finanțier Contabilitate al unității sanitare, în conformitate cu dispozițiile legale, și asigură efectuarea corectă și la timp a înregistrărilor;
  3. asigură împreună cu personalul Serviciului Finanțier Contabilitate, furnizarea datelor corecte și complete pentru întocmirea la timp și în conformitate cu dispozițiile legale a balanțelor de verificare și a bilanțurilor anuale și trimestriale;
  4. asigură împreună cu personalul Serviciului Finanțier Contabilitate executarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, urmărind realizarea indicatorilor financiari aprobați și respectarea disciplinei contractuale și financiare;
  5. analizează, din punct de vedere finanțier, împreună cu Directorul Finanțier Contabil și cu Seful Serviciului Achiziții, planul de acțiune pentru situații speciale prevăzute de lege, precum și pentru situații de criză;
  6. participă la organizarea sistemului informațional al unității, urmărind folosirea cât mai eficientă a datelor contabilității;
  7. evaluează împreună cu Directorul Finanțier Contabil, prin bilanțul contabil, eficiența indicatorilor specifici;
  8. asigură îndeplinirea, în conformitate cu dispozițiile legale, a obligațiilor unității către bugetul statului, trezorerie și terți;
  9. asigură plata integrală și la timp a drepturilor bănești cuvenite personalului încadrat în spital;

10. asigură întocmirea, circuitul și păstrarea documentelor justificative care stau la baza înregistrărilor în contabilitate;
11. organizează evidența tuturor creațelor și obligațiilor cu caracter patrimonial care revin spitalului din contracte, protocoale și alte acte asemănătoare și urmărește realizarea la timp a acestora;
12. ia măsuri pentru prevenirea pagubelor și urmărește recuperarea lor;
13. asigură aplicarea dispozițiilor legale privitoare la gestionarea valorilor materiale și ia măsuri pentru ținerea la zi și corectă a evidențelor gestionării;
14. asigură, în domeniul său de responsabilitate, monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității financiare, economice, precum și a altor date privind activitatea de supraveghere, prevenire și control, pe care le prezintă directorului;
15. răspunde de îndeplinirea atribuțiilor ce revin serviciului finanțier-contabilitate cu privire la exercitarea controlului finanțier preventiv și al asigurării integrității patrimoniului;
16. îndeplinește formele de scădere din evidență a bunurilor de orice fel, în cazurile și condițiile prevăzute de dispozițiile legale;
17. împreună cu Sef Serviciul Administrativ, Sef Serviciul Achiziții, întocmește și prezintă studii privind optimizarea măsurilor de bună gospodărire a resurselor materiale și bănești, de prevenire a formării de stocuri peste necesar, în scopul administrării cu eficiență maximă a patrimoniului unității și a sumelor încasate în baza contractului de furnizare servicii medicale;
18. organizează și ia măsuri de realizare a perfecționării pregătirii profesionale a cadrelor finanțier-contabile din subordine;
19. întocmește, pentru domeniul său de responsabilitate, informări cu privire la execuția bugetului de venituri și cheltuieli, pe care le analizează cu Directorul de resort;
20. răspunde în fața Directorului de resort pentru îndeplinirea atribuțiilor care îi revin.

**Biroul Managementul Calității:**

1. Pregătește și analizează planul anual al managementului calității;
2. Elaborează documentele din sistemul de management al calității (manualul calității și procedurile);
3. Coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei structuri a unității sanitare și a standardelor de calitate;
4. Coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor;
5. Colaborează cu toate structurile unității sanitare în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității;
6. Implementează instrumente de sigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite;
7. Asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de manager;
8. Asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
9. Coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corrective ce se impun;
10. Coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității;
11. Asigură aplicarea strategiei sanitare și politica de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților;
12. Asistă și răspunde tuturor solicitărilor managerului pe domeniul de management al calității.

**Camera de gardă**, prin personalul de serviciu, are urmatoarele atribuții:

- examinarea imediata, completa, trierea medicala si epidemiologica a bolnavilor, pentru internare
  - asigurarea primului ajutor si acordarea asistentei medicale calificate si specializate, pana cand bolnavul ajunge la sectie;
  - asigurarea trusei de urgență ;
  - asigura transportul bolnavilor in sectie;
  - asigurarea transportului si a tratamentului pe durata transportului, pentru bolnavii care se transfera in alte unitati sanitare;
  - asigura pastrarea in conditii corespunzatoare a efectelor si bunurilor bolnavilor internati;
- Sectiile cu paturi au urmatoarele atributii**, prin personalul de serviciu:
- sa verifice pacientii pe sectie de 4 ori pe zi si sa vegheze ca acestia sa nu paraseasca incinta spitalului;
    - sa asigure primirea si repartizarea bolnavilor in saloane, in conditiile respectarii tuturor normelor igienico-sanitare referitoare la preventirea si combaterea bolilor infectioase si a infectiilor intraspitalicesti;
    - sa asigure examinarea medicala completa si a investigatiilor minime a bolnavilor in ziua internarii;
    - sa asigure recoltarea produselor biologice pentru efectuarea tuturor investigatiilor necesare stabilirii diagnosticului si sa aplice tratament medical corespunzator suferintei fiecarui bolnav;
    - sa declare cazurile de boli contagioase ;
    - sa asigure ziua si noaptea, ingrijiri medicale necesare pe toata durata internarii;
    - sa asigure documentatia pentru fiecare bolnav in parte ;
    - sa asigure medicamentele necesare tratamentului indicat si sa la administreze corect , fiind interzisa pastrarea medicamentelor la patul bolnavului;
    - sa asigure conditiile necesare recuperarii medicale;
    - sa asigure alimentatia bolnavilor, in concordanța cu diagnosticul si stadiul evolutiv al bolii;
    - sa desfaseoare o activitate care sa asigure bolnavilor internati un regim rational de odihna si de servire a mesei, de igiena personala, de primire a vizitelor;
    - sa asigure prin stationarul de zi tratamentul de specialitate;
    - sa efectueze educatia sanitara a bolnavilor, după caz, si a apartinatorilor .

### **CAPITOLUL XIII TIMPUL DE MUNCA SI TIMPUL DE ODIHNA**

**Art.60.** Timpul de munca reprezinta timpul pe care salariatul il foloseste pentru indeplinirea sarcinilor de munca.

(1) Pentru salariatii angajati cu norma intreaga durata normala a timpului de munca este de 8 ore pe zi si de 40 de ore pe saptamana.

(2) Tinerii in varsta de pana la 18 ani nu se angajeaza in spital.

**Art.61.** Repartizarea timpului de munca in cadrul saptamanii este:

- pentru sectiile si serviciile cu program permanent este de 12/24
- pentru sectiile si compatimentele cu program de zi este de 8 ore /zi

**ART.62.(1)** Durata maxima legala a timpului de munca nu poate depasi 48 de ore pe saptamana, inclusiv orele suplimentare.

(2) Prin exceptie, durata timpului de munca, ce include si orele suplimentare, poate fi prelungita peste 48 de ore pe saptamana, cu conditia ca media orelor de munca, calculata pe o perioada de referinta de minimum 4 luni calendaristice, sa nu depaseasca 48 de ore pe saptamana.

**ART.63.** (1) Personalul care isi desfasoara activitatea in 1 sau 2 schimburi, in unitati cu activitate de 5 zile pe saptamana, beneficiaza de repaus saptamanal sambata si duminica.

(2) Personalului care isi desfasoara activitatea in zilele de sambata, duminica si sarbatori legale i se asigura repausul saptamanal in alte zile din cursul saptamanii urmatoare.

(3) Pentru personalul medical din sectiile cu paturi, care lucreaza in ture, pentru asigurarea continuitatii activitatii medicale spitalicesti, acesta beneficiaza doar de spor de ture de 15%.

(4) Programul de munca si modul de repartizare a acestuia pe zile sunt aduse la cunostinta salariatilor.

**ART. 64.(1)** Angajatorul poate stabili programe individualizate de munca, cu acordul sau la solicitarea salariatului in cauza.

(2) Programele individualizate de munca presupun un mod de organizare flexibil a timpului de munca.

(3) Durata zilnica a timpului de munca este impartita in doua perioade: o perioada fixa in care personalul se afla simultan la locul de munca si o perioada mobila, in care salariatul isi alege orele de sosire si de plecare, cu respectarea timpului de munca zilnic.

**ART.65.** .Angajatorul are obligatia de a tine evidenta orelor de munca prestate de fiecare salariat si de a supune controlului inspectiei muncii aceasta evidenta ori de cate ori este solicitat.

**ART. 66. (1)** Munca prestata in afara duratei normale a timpului de munca saptamanal, este considerata munca suplimentara.

(2) Durata maxima de munca suplimentara pe parcursul unei luni este de 32 de ore.

(3) Compensarea cu timp liber a muncii suplimentare se face numai pentru incadrarea in timpul de munca de maxim 48 de ore pe saptamana si numai daca lipsa persoanei respective nu afecteaza bunul mers al activitatii la locul sau de munca.

(4) Necesitatea acoperirii unei perioade mai mari de timp decat cea prevazuta la alin.(3 implica, obligatoriu, angajarea altei persoane cu contract individual de munca cu timp partial.

(5) Pentru munca suplimentara necompensata cu ore libere platite, sporul salarial este de 100% din salariul de baza.

**ART. 67.** Munca suplimentara se compenseaza prin ore libere platite in urmatoarele 30 de zile dupa efectuarea acesteia.

**ART. 68.** Contractul individual de munca poate fi suspendat in situatia absentelor nemotivate ale salariatului, trei absente nemotivate consecutiv.

#### Munca de noapte

**ART. 69. (1)** Munca prestata intre orele 22,00 - 6,00 este considerata munca de noapte.

(2) Durata normala a muncii de noapte nu va depasi 8 ore intr-o perioada de 24 de ore.

(3) Angajatorul care, in mod frecvent, utilizeaza munca de noapte este obligat sa informeze despre aceasta inspectoratul teritorial de munca.

**ART. 70.** Salariajii de noapte beneficiaza:

a) fie de program de lucru redus cu o oră față de durata normală a zilei de muncă, pentru zilele în care efectuează cel puțin 3 ore de muncă de noapte, fără ca aceasta să ducă la scăderea salariului de bază;

b) fie de un spor pentru munca prestată în timpul nopții de 25% din salariul de bază, dacă timpul astfel lucrat reprezintă cel puțin 3 ore de noapte din timpul normal de lucru.

**ART. 71.(1)** Salariatii care urmeaza sa desfasoare cel putin 3 ore de munca de noapte sunt supusi unui examen medical gratuit inainte de inceperea activitatii si dupa aceea, periodic.

(2) Conditiiile de efectuare a examenului medical si periodicitatea acestuia se stabilesc prin regulament aprobat prin ordin comun al ministrului muncii, solidaritatii sociale si familiei si al ministrului sanatatii.

(3) Salariatii care desfasoara munca de noapte si au probleme de sanatate recunoscute ca avand legatura cu aceasta vor fi trecuti la o munca de zi pentru care sunt apti.

**ART.72.(1)** Femeile gravide, lauzele si cele care alapteaza nu pot fi obligate sa presteze munca de noapte.

#### **Norma de munca**

**ART.73.** Norma de munca exprima cantitatea de munca necesara pentru efectuarea operatiunilor sau lucrarilor de catre o persoana cu calificare corespunzatoare, care lucreaza cu intensitate normala, in conditiile unor procese tehnologice si de munca determinate. Norma de munca cuprinde timpul productiv, timpul pentru intreruperi impuse de desfasurarea procesului , timpul pentru pauze legale in cadrul programului de munca si normarea muncii se aplica tuturor categoriilor de salariatii.

**ART. 74.** (1)In situatia in care normele de munca nu mai corespund conditiilor tehnice in care au fost adoptate sau nu asigura un grad complet de ocupare a timpului normal de munca, acestea vor fi supuse unei reexaminari.

(2) Procedura de reexaminare, precum si situatiile concrete in care poate interveni se stabilesc prin contractul colectiv de munca aplicabil sau prin regulamentul intern.

#### **Repausuri periodice**

**Art. 75.** (1) Salariatii au dreptul intre doua zile de munca la un repaus care nu poate fi mai mic de 12 ore consecutive.

2) Prin exceptie, in cazul muncii in schimburi, acest repaus nu poate fi mai mic de 8 ore intre schimburi.

#### **Repausul saptamanal**

**ART. 76.(1)** Repausul saptamanal se acorda in doua zile consecutive, de regula sambata si duminica.

(2) In cazul in care repausul in zilele de sambata si duminica ar prejudicia interesul public sau desfasurarea normala a activitatii, repausul saptamanal poate fi acordat si in alte zile .

(3) In situatii de exceptie zilele de repaus saptamanal sunt acordate cumulat, dupa o perioada de activitate continua ce nu poate depasi 3 zile calendaristice.

**Art. 77.(1)** In cazul unor lucrari urgente, a caror executare imediata este necesara pentru organizarea unor masuri de salvare a persoanelor sau bunurilor angajatorului, pentru evitarea unor accidente iminente sau pentru inlaturarea efectelor pe care aceste accidente le-au produs asupra materialelor, instalatiilor sau cladirilor unitatii, repausul saptamanal poate fi suspendat pentru personalul necesar in vederea executarii acestor lucrari.

(2) Salariatii al caror repaus saptamanal a fost suspendat in conditiile alin. (1) au dreptul la dublul compensatiilor cuvenite .

#### **Sarbatorile legale**

**ART.78. (1)** Zilele de sărbătoare legală în care nu se lucrează sunt:

- 1 și 2 ianuarie;

- Vinerea Mare;
  - prima și a doua zi de Paști;
  - 1 mai;
  - prima și a doua zi de Rusalii;
  - 15 august- Adormirea Maicii Domnului;
  - 30 noiembrie- Sf.Apostol Andrei
  - 1 Decembrie
  - prima și a doua zi de Crăciun;
  - 2 zile pentru fiecare dintre cele 3 sărbători religioase anuale, declarate astfel de cultele religioase legale, altele decât cele creștine, pentru persoanele aparținând acestora.
- ziua de 7 aprilie - Ziua mondiala a Sanatatii.

(2) Acordarea zilelor libere se face de către angajator.

**ART. 79.** (1) La locurile de munca cu activitate specifica se pot stabili forme speciale de organizare a continuitatii activitatii, dupa caz, in ture, 12/24 ore, garzi, program fractionat.

(2)Activitatea prestata sambata, duminica si in alte zile in care, potrivit legii nu se lucreaza, asigura continuitatea asistentei medicale.

**ART.80.** (1) In cazul in care, din motive justificate, nu se acorda zile libere, salariatii beneficiaza, pentru munca prestata in zilele de sarbatoare legala, de un spor la salariul de baza ce nu poate fi mai mic de 100% din salariul de baza corespunzator muncii prestate in programul normal de lucru.

#### **Concediul de odihna anual si alte concedii ale salariatilor**

**ART.81.** (1) Dreptul la concediu de odihna anual platit este garantat tuturor salariatilor.

(2) Dreptul la concediu de odihna anual nu poate forma obiectul vreunei cesiuni, renuntari sau limitari.

**ART.82.** (1) Durata minima a concediului de odihna anual este de 20 de zile lucratoare.

(2) Durata efectiva a concediului de odihna anual se stabileste pentru fiecare salariat, in functie de vechimea in munca si se acorda proportional cu activitatea prestata intr-un an calendaristic.

- a) pentru o vechime de 0-1 an (neimpliniti la data inceperii concediului) -21 de zile lucratoare;
- b) pentru o vechime de 1-5 ani (neimpliniti la data inceperii concediului) -22 de zile lucratoare;
- c) pentru o vechime de 5-10 ani (neimpliniti la data inceperii concediului) -23 de zile lucratoare;
- d) pentru o vechime de 10-15 ani (neimpliniti la data inceperii concediului) -25 de zile lucratoare;
- e) pentru o vechime de 15-20 ani (neimpliniti la data inceperii concediului) -28 de zile lucratoare;
- f) pentru o vechime de peste 20 de ani - 31 de zile lucratoare;

(3) Concediile de odihna de la alin. (2) pct. b), c), d), e), si f) se suplimenteaza cu cate 1 zi pentru fiecare 5 ani de vechime in aceeasi unitate. Beneficiaza de vechime in aceeasi unitate si salariatii trecuti de la o unitate la alta prin reorganizare, potrivit dispozitiilor legale.

(4) Concediul de odihna se efectueaza in fiecare an.

(5) In cazuri deosebite, la cererea argumentata a salariatului si cu acordul angajatorului si avizul organizatiei sindicale reprezentative din unitate, concediul anual de odihna se poate amana pentru anul urmator, parcial sau in totalitate.

(6) Compensarea in bani a condeiului de odihna neefectuat este permisa numai in cazul incetarii contractului individual de munca.

**ART. 83.(1)** Efectuarea condeiului de odihna se realizeaza in baza unei programari colective la inceputul anului pe fiecare sectie si compartiment. Programarea se face pana la sfarsitul anului calendaristic pentru anul urmator.

(2) Prin programare individuala se poate stabili data efectuarii condeiului sau, dupa caz, perioada in care salariatul are dreptul de a efectua condeiul, perioada care nu poate fi mai mare de 3 luni.

(3) In cadrul perioadelor de condeiu stabilite conform alin. (1) si (2) salariatul poate solicita efectuarea condeiului cu cel putin 60 de zile anterioare efectuarii acestuia.

(4) In cazul in care programarea condeiilor se face fractionat, angajatorul este obligat sa stabileasca programarea astfel incat fiecare salariat sa efectueze intr-un an calendaristic cel putin 15 zile lucratoare de condeiu neintrerupt, conform Contractului colectiv de munca.

(5) Cu cel putin 30 zile lucratoare inainte de data la care salariatul este programat sa inceapa efectuarea condeiului de odihna acesta are obligatia sa formuleze o cerere scrisa si inregistrata la secretariatul spitalului, prin care solicita managerului aprobarea pentru efectuarea condeiului de odihna. Salariatul are obligatia sa se informeze la Compartimentul RUNOS cu privire la aprobarea cererii sale. In cazul in care cererea salariatului nu a fost aprobata din motive obiective determinate de situatii neprevazute la data programarii, Compartimentul RUNOS are obligatia de a-l informa in scris pe salariat.

**ART. 84.** Salariatul este obligat sa efectueze in natura condeiu de odihna in perioada in care a fost programat, cu exceptia situatiilor expres prevazute de lege sau atunci cand, din motive obiective, condeiu nu poate fi efectuat.

**ART. 85.(1)** Pentru perioada condeiului de odihna salariatul beneficiaza de o indemnizatie de condeiu, care nu poate fi mai mica decat salariul de baza, indemnizatiile si sporurile cu caracter permanent cuvenite pentru perioada respectiva, prevazute in contractul individual de munca.

(2) Indemnizatia de condeiu de odihna se plateste de catre angajator cu cel putin 5 zile lucratoare inainte de plecarea in condeiu daca aceasta este solicitata in cererea de condeiu .

**ART. 86.** Angajatorul poate rechema salariatul din condeiu de odihna in caz de forta majora sau pentru interese urgente care impun prezenta salariatului la locul de munca.

**ART. 87.(1)** In cazul unor evenimente familiale deosebite, salariatii au dreptul la zile libere platite, care nu se includ in durata condeiului de odihna.

(2) Salariajii au dreptul la **zile libere plătite pentru evenimente deosebite în familie** sau pentru alte situații, după cum urmează:

- a) căsătoria salariatului - 5 zile;
- b) căsătoria unui copil - 5 zile;
- c) nașterea unui copil - 10 zile dacă a urmat un curs de puericultură;
- d) decesul soțului/sotiei, copilului, părintilor, socrilor si ruedelor de gradul I inclusiv – 5 zile
- e) De ziua sa de nastere salariatului i se acorda zi libera, la cerere, urmand ca acesta sa recupereze ziua libera acordata.
- f) donatorii de sânge - conform legii;
- g) la schimbarea locului de muncă în cadrul aceleiași unități, cu mutarea domiciliului în altă localitate - 5 zile.

**ART. 88.(1)** Salariajii au dreptul la **condeii fără plată**, pentru studii sau pentru interese personale după cum urmează:

- a) pana la 90 de zile calendaristice pe an pentru situatii personale sau studiu;
- b) pana la 24 luni pentru angajare in strainatare;
- c) pentru alte situatii, cu avizul organizatiilor sindicale.

(2) In toate cazurile mentionate mai sus se va solicita anterior aprobarii cererii de concediu fara plata avizul reprezentantilor organizatiilor sindicale afiliate organizatiilor semnatare ale contractului colectiv de munca.

**ART. 89.(1)** Salariatii au dreptul sa beneficieze, la cerere, de concedii pentru formare profesionala.

(2) Concediile pentru formare profesionala se pot acorda cu sau fara plata.

**ART.90.(1)** Concediile vara plata pentru formare profesionala se acorda la solicitarea salariatului, pe perioada formarii profesionale pe care salariatul o urmeaza **din initiativa sa**.

(2) Angajatorul poate respinge solicitarea salariatului numai cu acordul sindicatului si numai daca absenta salariatului ar prejudicia grav desfasurarea activitatii.

**ART. 91.(1)** Cererea de concediu fara plata pentru formare profesionale trebuie se fie inaintata angajatorului cu cel putin o luna inainte de efectuarea acestuia si trebuie sa preciseze data de incepere a stagiu de formare profesionala, domeniul si durata acestuia, precum si denumirea institutiei de formare profesionala.

(2) Efectuarea concediului fara plata pentru formare profesionala se poate realiza si fractionat in cursul unui an calendaristic, pentru sustinerea examenelor de absolvire a unor forme de invatamant sau pentru sustinerea examenelor de promovare in anul urmator in cadrul institutiilor de invatamant superior, cu respectarea conditiilor stabilite la alin. (1).

**ART. 92.(1)** In cazul in care angajatorul nu si-a respectat obligatia de a asigura pe cheltuiala sa participarea unui salariat la formare profesionala in conditiile prevazute de lege, salariatul are dreptul la un concediu pentru formare profesionala, platit de angajator, de pana la 10 zile lucratoare sau de pana la 80 de ore.

(2) In situatia prevazuta la alin. (1) indemnizatia de concediu va fi stabilita conform art. 150 din Codul muncii.

(3) Perioada in care salariatul beneficiaza de concediul platit prevazut la alin. (1) se stabileste de comun acord cu angajatorul. Cererea de concediu platit pentru formare profesionala va fi inaintata angajatorului in conditiile prevazute la art. 156 alin. (1) din Codul muncii, republicat.

**ART. 93.** (1) Durata concediului pentru formare profesionala nu poate fi dedusa din durata concediului de odihna anual si este asimilata unei perioade de munca efectiva in ceea ce priveste drepturile cuvenite salariatului, altele decat salariul.

(2) Salariatii care au beneficiat de un curs sau un stagiu de formare profesionala, la initiativa angajatorului (art. 197 alin. (1) din Codul muncii, republicat) nu pot avea initiativa incetarii contractului individual de muncă pentru o perioadă stabilită prin act aditional. Durata obligatiei salariatului de a presta muncă in favoarea angajatorului care a suportat cheltuielile ocasionate de formarea profesională, precum si orice alte aspecte in legătură cu obligatiile salariatului, ulterioare formării profesionale, se stablesesc prin act aditional la contractul individual de muncă.

(3) Nerespectarea de către salariat a dispozitiei prevăzute la art. 197alin. (1) din Codul muncii, republicat, determină obligarea acestuia la suportarea tuturor cheltuielilor ocasionate de pregătirea sa profesională, proportional cu perioada nelucrată din perioada stabilită conform actului aditional la contractul individual de muncă.

## CAPITOLUL XIV

### PROCEDURA PRIVIND SOLUTIONAREA PETIILOR ADRESATE SPITALULUI DE CATRE SALARIATI SAU DE CATRE TERTE PERSOANE

**Art.94.** (1) Prin petitie se intlege cererea, reclamatia, sesizarea sau propunerea formulate in scris ori prin posta electronica pe care un salariat o adreseaza spitalului.

(2) In rezolvarea petiilor individuale ale salariatilor secretariatul are urmatoarele atributii:

1.primeste si inregistreaza petitiile in Registrul general de intrari ale spitalului;

2.prezinta petitiile managerului care le repartizeaza compatimentului de specialitate in functie de obiectul acestora, cu precizarea termenului de solutionare;

3 .urmareste solutionarea si redactarea in termen a raspunsurilor;

4.expediaza raspunsurile catre petitionari in termen de 30 de zile de la data inregistrarii petiilor;

5.pentru solutionarea petiilor care, initial au fost inregistrate la o alta autoritate si apoi transmise spitalului, termen de solutionare, este de 30 de zile de la data inregistrarii lor la spital. In cazul in care aspectele sesizate necesita o cercetare complexa termenul de raspuns se prelungeste cu inca 15 zile;

6.raspunsul se semneaza de catre manager si seful compatimentului care a solutionat petitia. In raspuns se va mentiona, dupa caz, temeiul legal al solutiei.

7.petitiile gresit adresate vor fi trimise in termen de 5 zile de la inregistrare catre autoritatile competente cu solutionarea lor, urmand ca petitionarul sa fie intiintat despre aceasta;

8.petitiile anume sau cele care nu contin datele de identificare ale petitionarului nu se iau in considerare si se claseaza;

9.in cazul in care un petitionar formuleaza mai multe petiti, sesizand aceeasi problema, acestea se vor conexa, redactandu-se un singur raspuns care va face referire la toate petitiile primite;

10.daca ulterior timiterii raspunsului se primeste o noua petitie de la acelasi petitionar , cu acelasi continut, aceasta se claseaza, iar la numarul initial se va face mențiune despre faptul ca s-a raspuns;

11.constituie abatere disciplinara si se sanctioneaza potrivit legislatiei muncii urmatoarele fapte:

a) -nerespectarea termenelor de solutionare a petiilor;

b) -interventiile sau staruintele pentru rezolvarea unor petiti in afara cadrului legal;

c) -primirea directa de la un petitionar a unei petiti, in vedera rezolvarii, fara sa fie inregistrata si repartizata in vederea solutionarii.

## CAPITOLUL XV

### RASPUNDAREA DISCIPLINARA

**ART.95.** Constituie abateri disciplinare cel putin urmatoarele fapte:

a) Fapta în legătură cu munca și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovătie de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale, prevederile prezentului regulament intern, ale contractului individual de muncă, ale contractului colectiv de muncă aplicabil, precum și orice alte prevederi legale în vigoare constituie abatere și se sancționează indiferent de funcția ocupată de salariatul ce a comis abaterea.

b) Nerespectarea obligațiilor ce-i revin salariatului, derivate din prevederile regulamentului intern, ale fișei postului sau contractului individual de muncă, după cum urmează:

- Nerespectarea orei de începere sau terminare a programului de lucru, a condițiilor stabilite pentru pauza de masă sau a interdicției de a se fuma numai în locurile special amenajate.
- Prezentarea la lucru sub influența băuturilor alcoolice, substanțe sau compus care poate afecta capacitatea de reacție (fiziologică sau psihologică) în aprecierea unui pericol sau evitarea unei situații periculoase în procesul muncii.
- Neanunțarea din timp a șefului ierarhic ca fiind sub incidența prevederilor alin. 2 sau alin. 3 din prezentul articol.
- Introducerea, facilitarea introducerii, consumul de băuturi alcoolice, substanțe sau compus care poate afecta capacitatea de reacție (fiziologică sau psihologică) în aprecierea unui pericol sau evitarea unei situații periculoase în procesul muncii.
- Comportamentul inadecvat față de conducerea spitalului, fata de un alt salariat, sau furnizor al spitalului, ori fata de pacienti și apartinatorii acestora..
- Nerespectarea măsurilor dispuse de conducerea spitalului, șeful ierarhic superior sau specificate prin fișa postului, care au drept scop asigurarea bunurilor, produselor pe care le folosesc în cadrul procesului muncii impotriva deprecierii, distrugerii sau sustragerii, în timpul programului de lucru sau în afara acestuia.
- Nerespectarea confidențialitatii datelor/informatiilor astfel cum este reglementata de Legea nr.677/2001 privind protectia datelor cu caracter personal și libera circulatie a acestora și ale Legii nr.46/2003 privind drepturile pacientilor, de care au luat cunoștința la locul de muncă. Sustragerea de documente, informații, bunuri sau produse aparținând spitalului.
- Provocarea, acceptarea sau angajarea în discuții, certuri, acuze sau lovire a unui salariat al spitalului, pacient sau orice alta persoană aflată în cadrul spitalului.
- Nepurtarea echipamentului individual de lucru.
- Nerespectarea de către salariat a regulilor de securitate și sănătate în muncă, stabilite atât la nivelul spitalului, cât și în fișa postului, prin care se poate pune în pericol sănătatea sau integritatea fizică a propriei persoane.
- Scoaterea din funcțiune, modificarea, schimbarea sau înlaturarea arbitrală a dispozitivelor de securitate proprii, în special ale mașinilor, aparaturii, uneltelor, instalațiilor tehnice și cladirilor sau utilizarea incorectă a acestor dispozitive.
- Nerespectarea normelor de igienă personală;
- Înscrierile de date false în condiția de prezență, în cererile adresate conducerii societății sau pe parcursul cercetării prealabile a unei fapte săvârșite de către salariat sau de către un alt salariat, va fi sancționată conform prevederilor prezentului regulament intern.
- Părăsirea, chiar și temporară, a locului de muncă fără acordul șefului ierarhic superior, cu excepția cazurilor fortuite sau de forță majoră, în care se pune în pericol securitatea sau sănătatea la locul de muncă a propriei persoane, a unuia sau a mai multor salariați.
- Refuzul de a semna de luare la cunoștință orice document întocmit de conducerea spitalului, la cererea șefului ierarhic superior sau a conducerii spitalului, prin care se stabilesc măsuri

organizatorice și / sau tehnice de securitate și sănătate în muncă, disciplina muncii, atributii sau sarcini de serviciu etc.

- Refuzul de a întocmi în scris orice document/ nota de serviciu/referat etc. la cererea șefului ierarhic superior sau a conducerii spitalului.
- Neintocmirea în timp util a documentelor din domeniul de responsabilitate.

Netransmiterea în timp util către ceilalți colegi, a datelor și informațiilor pe care le detine, necesare acestora pentru buna desfasurare a activitatii.

- incalcarea regulilor de disciplina la locul de munca si a normelor privind exploatarea, intretinerea si administrarea bunurilor spitalului;
- absentele nemotivate de la serviciu, trei absente nemotivate consecutiv, este considerata abatere disciplinara grava ce se sanctioneaza cu suspendarea contractului de munca;
- parasirea locului de munca inainte de sosirea schimbului, acolo unde se lucreaza in schimburi;
- efectuarea in timpul programului de lucru a unor activitati sau lucrari personale care nu au legatura cu sarcinile de serviciu;
- nerespectarea ordinelor trasate de seful ierarhic sau de managerul spitalului, in limitele legale.
- neinstiintarea sefului ierarhic superior de aparitia/existenta unor abateri, nereguli deficiente care ar impiedica desfasurarea normala a activitatii;
- nerespectarea regulilor privind combaterea infectiilor nozocomiale;
- fumatul in unitate;
- comiterea oricaror acte sau fapte care ar pune in pericol siguranta spitalului, angajatilor si pacientilor.
- intarzierile repetate la program;
- refuzul nejustificat de a indeplini sarcinile si atributiile de serviciu, stabilite prin fisa postului, liste de sarcini sau dispozitii ierarhice; neexecutarea obligatiilor privind indrumarea personalului din subordine in legatura cu atributiile de serviciu;
- dezvaluirea de secrete si difuzarea neautorizata, comunicarea sau divulgarea de informatii pe orice cale, copierea pentru altii de acte, note, schite, planuri de elemente privind activitatea spitalului fara aprobarea scrisa a conducerii, daca prin aceasta se aduc prejudicii spitalului;
- refuzul salariatului de a participa la cursuri de formare profesionala ;
- permiterea/inlesnirea patrunderii/stationarii in incinta spitalului a persoanelor din mass-media fara acordul managerului spitalului.
- Oferirea de informatii verbale/scrise/ foto/video sau permiterea/inlesnirea efectuarii de inregistrari audio/video in incinta spitalului fara acordul managerului.

Situatiile expuse nu sunt limitative, ele putand fi completate cu orice alte fapte ce se inregistreaza ca abateri disciplinare;

**Art. 96.** - (1) Angajatorul dispune de prerogativă disciplinară, având dreptul de a aplica, potrivit legii, sanctiuni disciplinare salariaților săi ori de câte ori constată că aceștia au săvârșit o abatere disciplinară.

(2 )Nu se poate aplica nici o sanctiune fara cercetare disciplinara.

**Art. 97.** - (1) **Sanctiunile disciplinare** pe care le poate aplica angajatorul în cazul în care salariatul săvârșește o abatere disciplinară sunt:

- a) avertismentul scris;
- c) retrogradarea din funcție, cu acordarea salariatului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile;

- d) reducerea salariului de bază pe o durată de 1 - 3 luni cu 5 - 10%;
- e) reducerea salariului de bază și/sau, după caz, și a indemnizației de conducere pe o perioadă de 1 - 3 luni cu 5 - 10%;
- f) desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă.

(2) În cazul în care, prin statute profesionale aprobate prin lege specială, se stabilește un alt regim sancționator, va fi aplicat acesta.

(3) Sanctiunea disciplinară se radiază de drept în termen de 12 luni de la aplicare, dacă salariatului nu i se aplică o nouă sanctiune disciplinară în acest termen. Radierea sancțiunilor disciplinare se constată prin decizie a angajatorului emisă în formă scrisă.

**Art. 98.** (1) Amenzile disciplinare sunt interzise.

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

**Art. 99.-** Angajatorul stabilește sanctiunea disciplinară aplicabilă în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariat, avându-se în vedere următoarele:

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

**Art. 100. Procedura cercetării prealabile.**

(1) Sub sanctiunea nulității absolute, nici o masură, nu poate fi dispusă mai înainte de efectuarea unei cercetări disciplinare prealabile.

(2) Odată cu luarea la cunoștință de către angajator de savarsirea unei fapte ce ar putea fi considerată abatere disciplinară, acesta emite o decizie de cercetare disciplinară.

(3) Decizia de cercetare disciplinară prealabilă trebuie să descrie acțiunea și inacțiunea cercetată, data producerii acestora, prevederile avute în vedere ca fiind încălcate, cine a făcut sesizarea, data și ora la care are loc prima audiție din partea comisiei de cercetare disciplinară prealabilă. Audiția trebuie consemnată în scris sub sanctiunea nulității.

(4) La prima audiție sunt convocați toți salariații care erau prezenți sau ar fi trebuit să fie prezenți în locul și la data la care a avut loc fapta.

(5) După prima audiție comisia de cercetare prealabilă comunică angajatorului concluziile celor audiați.

(6) Dacă se consideră că există o abatere disciplinară, comisia de cercetare disciplinară prealabilă comunică celui acuzat Decizia de cercetare disciplinară prealabilă, împreună cu copia de pe actul de sesizare a faptei și copii de pe actele comisiei care stau la baza acuzației și i se acordă un termen de două zile lucrătoare pentru a-și formula, într-o notă explicativă, apărarea în scris sau pentru a se prezenta în fața Comisiei de cercetare disciplinară pentru a prezenta probe în apărarea sa, inclusiv martori.

(7) În cazul în care salariatul refuză primirea, aceasta va fi trimisă prin scrisoare recomandată la domiciliul sau reședința acestuia sau prin orice mijloc care asigura transmiterea textului și dovada confirmării primirii.

(8) După primirea notei explicative sau audiția angajatului, comisia de cercetare disciplinară prealabilă dă curs apărărilor salariatului, formulate în scris sau exprimate oral în fața comisiei și consemnate într-un registru de procese-verbale.

(9) După cercetarea apărărilor salariatului, comisia disciplinară propune sau nu o sanctiune disciplinară.

(10) Neprezentarea salariatului la convocarea făcută în vederea desfășurării cercetării disciplinare prealabile, fără un motiv obiectiv, dă dreptul angajatorului să dispună sancționarea.

(11) În cursul cercetării disciplinare prealabile, salariatul are dreptul să formuleze și să susțină toate apărările în favoarea sa și să ofere persoanei împuternicite să realizeze cercetarea toate probele și motivațiile pe care le consideră necesare, precum și dreptul să fie asistat ori reprezentat, la cererea sa, de către un reprezentant al sindicatului al cărui membru este.

(12)-activitatea de cercetare a abaterii disciplinare impune stabilirea urmatoarelor aspecte:

- imprejurările în care fapta a fost savarsita;
- gradul de vinovatie al salariatului;
- consecintele abaterii disciplinare;
- comportarea generală în serviciu a salariatului;
- eventualele sanctiuni disciplinare suferite anterior de acesta.

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

(14) Sub sancțiunea nulității absolute, în decizie se cuprind în mod obligatoriu:

- a) descrierea faptei care constituie abatere disciplinară;
- b) precizarea prevederilor din statutul de personal, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil care au fost încălcate de salariat;
- c) motivele pentru care au fost înălțurate apărările formulate de salariat în timpul cercetării disciplinare prealabile sau motivele pentru care, în condițiile prevăzute la art. 252 alin 2) lit c) Codul muncii, publicat, nu a fost efectuată cercetarea;
- d) temeiul de drept în baza căruia sancțiunea disciplinară se aplică;
- e) termenul în care sancțiunea poate fi contestată;
- f) instanța competență la care sancțiunea poate fi contestată.

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

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

## CAP.XVI

### Raspunderea patrimonială

**ART.101.** (1) Angajatorul este obligat, în temeiul normelor și principiilor răspunderii civile contractuale, să îl despăgubească pe salariat în situația în care acesta a suferit un prejudiciu material sau moral din culpa angajatorului în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu sau în legătură cu serviciul.

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

(3) Angajatorul care a plătit despăgubirea își va recupera suma aferentă de la salariatul vinovat de producerea pagubei, în condițiile art. 254 și următoarele.

**ART. 102.** - (1) Salariații răspund patrimonial, în temeiul normelor și principiilor răspunderii civile contractuale, pentru pagubele materiale produse angajatorului din vina și în legătură cu munca lor.

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

(3) În situația în care angajatorul constată că salariatul său a provocat o pagubă din vina și în legătură cu munca sa, va putea solicita salariatului, printr-o notă de constatare și evaluare a pagubei, recuperarea contravalorii acesteia, prin acordul părților, într-un termen care nu va putea fi mai mic de 30 de zile de la data comunicării.

(4) Contravaloarea pagubei recuperate prin acordul părților, conform alin. (3), nu poate fi mai mare decât echivalentul a 5 salarii minime brute pe economie.

**ART.103.** (1) Când paguba a fost produsă de mai mulți salariați, quantumul răspunderii fiecărui se stabilește în raport cu măsura în care a contribuit la producerea ei.

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

**Art. 104.** - (1) Salariatul care a încasat de la angajator o sumă nedatorată este obligat să o restituie.

(2) Dacă salariatul a primit bunuri care nu i se cuveneau și care nu mai pot fi restituite în natură sau dacă acestuia i s-au prestat servicii la care nu era îndreptățit, este obligat să suporte contravaloarea lor. Contravaloarea bunurilor sau serviciilor în cauză se stabilește potrivit valorii acestora de la data plății.

**Art. 105.** - (1) Suma stabilită pentru acoperirea daunelor se reține în rate lunare din drepturile salariale care se cuvin persoanei în cauză din partea angajatorului la care este încadrată în muncă.

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

**Art.106.** - (1) În cazul în care contractul individual de muncă încetează înainte ca salariatul să îl fi despăgubit pe angajator și cel în cauză se încadrează la un alt angajator ori devine funcționar public, reținerile din salariu se fac de către noul angajator sau noua instituție ori autoritate publică, după caz, pe baza titlului executoriu transmis în acest scop de către angajatorul păgubit.

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

**Art. 107.** - În cazul în care acoperirea prejudiciului prin rețineri lunare din salariu nu se poate face într-un termen de maximum 3 ani de la data la care s-a efectuat prima rată de rețineri, angajatorul se poate adresa executorului judecătoresc în condițiile Codului de procedură civilă.

## CAPITOLUL XVII REGIMUL DE ACCES IN SPITAL

**Art.108.** Accesul personalului angajat al spitalului se face pe baza legitimiilor de serviciu vizate la zi; acesta este obligat să poarte ecusoane în timpul de lucru.

**Art.109.** Accesul în spital al vizitatorilor este permis în intervalul orar 15.00-20.00 de luni pana vineri și 10.00-20.00 în zilele de sambata și duminica.  
numai cu respectarea urmatoarelor condiții:

a) accesul se face în baza documentului de identitate și inscrierii în registrul special al vizitatorilor;

- b) accesul se permite numai persoanelor cu tinuta decenta;
- c) accesul se permite numai in grup de maximum 3 persoane pentru un pacient, iar restul apartinitorilor vor astepta intr-o zona bine delimitata, daca spatiul spitalului o permite;
- d) pe toata perioada prezentei in incinta spitalului, vizitatorii trebuie sa poarte la vedere ecusonul care ii atesta aceasta calitate.

**Art.110.** In afara programului prevazut pentru vizitarea bolnavilor, accesul in spital se face numai pe baza "biletului de liber acces in sectia...", eliberat de medicul curant si vizat de seful de sectie sau de medicul de garda.

**Art.111.** In intervalul orar 8.00-13.00, pacientii au acces, insotiti sau nu, cu bilet de internare.

**Art.112.(1)** Este interzis accesul in spital al persoanelor care au asupra lor armament, muniții, substanțe toxice, stupefante, explozive ori alte instrumente care pot pune in pericol viața, integritatea corporală sau sănătatea personalului propriu și a pacenților ori patrimoniul unității; (2) Fac excepție de la prevederile alin.1, persoanele care se află în timpul executării misiunilor de intervenție, de protecție a demnităților români sau străini ori a personalităților sau care asigură paza persoanelor interne, private de libertate.

**Art.113.** Accesul persoanelor care au asupra lor aparate de filmat, de fotografiat sau de înregistrat se face numai cu aprobarea Managerului spitalului

**Art.114.(1)** Este interzis accesul persoanelor straine in spital in zonele cu risc: laboratoare, depozite de deseuri medicale periculoase, precum si in orice alta zona stabilita de managerul spitalului.

Excepție de la alin. (1) fac cazurile speciale aprobată de sefii de sectie si vizate de managerul spitalului.

**Art.115.** În cazul apariției oricărora nereguli pe durata vizitelor a interdicțiilor de acces în zonele de risc, a regulilor de acces și circulație în spital, precum și a normelor de conduită civilizată, personalul medico-sanitar sesizează de urgență serviciul de pază pentru a lua măsurile corespunzătoare.

**Art.116.** Daca managerul spitalului stabileste o perioada de carantina, conform dispozitiilor Autoritatii de sanatate publica sau Ministerului Sanatatii, in aceasta perioada se limiteaza sau se interzice, dupa caz, accesul vizitatorilor in spital.

**Art.117.** Accesul salariatilor unor firme prestatoare de servicii in spital este permis numai pe baza de tabel nominal, aprobat de manager, document de identitate si/sau legitimatie de serviciu.

**Art.118.(1)** Accesul reprezentantilor mass-mediei se face numai pe baza legitimatiei de acreditare in specialitate si a documentului de identitate, precum si cu acordul Managerului spitalului.

(2) Reprezentantii mass-mediei pot filma in spitale numai in spatiile pentru care managerul si-a exprimat acordul in mod explicit, iar interviewarea pacientilor sau filmarea acestora se poate face numai in conditiile legii.

(3) Managerul de spital desemneaza un purtator de cuvant al institutiei, care ii insoteste pe reprezentantii mass-mediei, pe durata prezentei acestora in incinta spitalului.

(4) In conformitate cu legea nr.544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, art.3"asigurarea de catre autoritatile si institutiile publice a accesului la informatiile de interes public se face din oficiu conf.art.5 sau la cerere, prin intermediul persoanei desemnata in acest scop.

(5) Informatiile de interes public sunt solicitate in scris sau verbal.

(6) Pentru informatiile solicitate verbal, persoana desemnata pentru informare si relatii cu publicul are obligatia sa preciseze conditiile si formele in care are loc accesul la informatiile de interes public

si poate furniza pe loc informatiile solicitate, in cazul in care informatiile solicitate sunt disponibile pe loc.

(7) Daca informatiile de interes public solicitate nu sunt disponibile pe loc persoana este indrumata sa le solicite in scris.

(8) Reprezentantul mijloacelor de informare in masa care va cere informatii de interes public( in scris sau verbal) va prezenta reprezentantului desemnat acreditarea.

(9) Accesul la informatii de interes public aprobat de conducatorului unitatii, va respecta dreptul la intimitate al pacientilor, fara a perturba activitatea si actul medical, se vor pune la dispozitie reprezentantului mass-media toate informatiile de interes public ce nu vor incalca nici un alt drept prevazut de lege .

**Art.119.** Accesul in spital al altor categorii de persoane, precum echipe de control din cadrul Ministerului Sanatatii Publice sau din cadrul institutiilor aflate in subordinea sa, medici in schimb de experienta, medici rezidenti, studenti etc., se face pe baza legitimatiei de serviciu.

**Art.120.** (1) Accesul autovehiculelor se reglementeaza de Managerul spitalului, urmarindu-se asigurarea evidentei intrarilor si iesirilor in Registrul de evidenta a accesului autovehiculelor.

(2) Autovehiculele serviciului de ambulanta, autovehiculele personale sau alte vehicule care transporta persoane care necesita ingrijiri de urgență ori persoane care nu se pot deplasa au acces permanent in spital.

(3) La morga spitalului accesul se face numai in timpul programului de lucru si cu notificare prealabila, comunicata serviciului de paza.

(4) Se permite accesul autovehiculelor furnizorilor de produse si servicii in unitatea sanitara, cu respectarea urmatoarelor conditii:

- numai in timpul programului de lucru si numai pe poarta de acces stabilita de Managerul spitalului;
- in situatiile de urgență, numai cu acordul managerului spitalului sau al locuitorului delegat de acesta;
- pe baza legitimatiei de serviciu, a documentului de identitate si a confirmarii sefilor de servicii sau ai departamentului solicitant.

(5) Celelalte categorii de posesori de autovehicule au acces in curtea sau parcarea spitalului numai daca sunt autorizate de managerul spitalului, pe baza de permis de acces, afisat la vedere, eliberat de unitatea spitaliceasca si aprobat de Manager.

**Art. 121** Prezentul Regulament stabileste modul de înregistrare în Registrul de reclamații a pretențiilor și reclamațiilor pacientilor/apartinatorilor si vizitatorilor, apărute și de ținere a acestuia de către Centrul Clinic de Boli Reumatismale "Dr. Ion Stoia"

1. Pacienții, apartinătorii si vizitatorii acestora au acces neingradit la registrul de sugestii, reclamații si sesizări. La nivelul secretariatului CCBReumatismale "Dr. Ion Stoia" exista un registru de sugestii reclamații si sesizări. Pacienții, apartinătorii sau vizitatorii acestora in situația in care au o sugestie sau o nemulțumire vor aduce la cunoștința acestui lucru asistentei de salon care le va sugera sa mentioneze opinia dumneala in scris, in registrul de sugestii reclamații si sesizări sau o vor introduce in cutia special amenajata si amplasata in loc vizibil, la secretariat. Verificarea cutiei are loc zilnic, dimineata.

2.Registrul de sugestii, reclamații si sesizări va fi luat de la secretariat de către asistenta șefă si va fi pus la dispoziția bolnavului sau apartinătorului care si-a exprimat dorința de face o reclamatie sau sugestie. După ce bolnavul sau apartinătorul completează in registru sugestia sau reclamatia mentionandu-si numele si semnând petiția făcuta (nu pot fi luate in considerare reclamatiile

anonime), asistenta şefă înapoiază registrul de sugestii, reclamaţii si sesizări secretariatului care, la rândul ei il va prezenta la raportul de garda pentru a se lua masurile necesare pentru înlaturarea nemulţumirilor pacienţilor.

3.Sugestiile făcute de pacienţi, aparţinători si vizitatori vor fi analizate de medicul sef al secţiei împreună cu colectivul medical pentru a creşte calitatea îngrijirilor medicale. Reclamatiile si sesizarile vor face obiectul comisiei de reclamatii si sesizari.

4.Personalul medical este obligat, lunar sau imediat la sesizare, in primele 2 zile, să inscrie si sa examineze reclamaţiile înscrise în Registrul de reclamaţii, sa le analizeze dpdv al realitatii datelor sesizate si să ia măsurile necesare.

5.Pe versoul reclamaţiei se face o notă despre măsurile întreprinse și, în termen de cinci zile, trimite, în mod obligatoriu, un răspuns în scris reclamantului daca se cunoaste identitatea.

6.Reclamatiile si sesizarile cu privire la activitatea medicilor fac obiectul Consiliului Etic.

7.Se interzice scoaterea Registrului de reclamaţii sau a cutiei din incinta unităţii.

8. Registrul de reclamaţii este un document de strictă evidenţă și nu poate fi anulat pînă la completarea lui integrală. După completare el se păstrează în cadrul unităţii un an de zile, apoi se anulează în temeiul actului de lichidare. În cazul în care nu este completat integral în decursul anului, Registrul rămîne în vigoare pentru anul următor.

## **CAPITOLUL 18 - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE**

**18.1 Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/ împuterniciți sau alte persoane/instituții/autorități, îndreptăți să aibă acces la informații, potrivit legii, inclusiv comunicarea informațiilor medicale care pot fi transmise telefonic aparținătorilor**

**Art.144.** Reglementarea procesului de eliberare a adeverințelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane/ instituții/autorități, îndreptăți să aibă acces la informații, potrivit legii, inclusiv comunicarea informațiilor medicale care pot fi transmise telefonic aparținătorilor potrivit legii, are ca principale scopuri:

a) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor;
- Accesul neautorizat la datele cu caracter personal ale pacienților;
- Acționarea spitalului în instanță;
- Risc de imagine.

b) Pacientul are acces neîngrădit la datele medicale personale, în condițiile legii. Accesul pacientului la datele medicale poate fi direct sau indirect – prin aparținătorii legali sau prin intermediul medicilor nominalizați de acesta. (Legea 46/2003 actualizată);

c) Stabilește categoriile de informații medicale care pot fi transmise telefonic aparținătorilor cu respectarea prevederilor legale în vigoare și persoanele responsabile;

d) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale, chiar și după decesul acestuia. Aceste informații pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consumămantul în mod explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor

furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratarea pacientului, acordarea consumămantului nu mai este obligatorie. (Legea 46/2003 actualizată);

e) Pacienții, aparținătorii și vizitatorii au acces neîngrădit la depunerea sugestiilor, cererilor, reclamațiilor/ petițiilor și sesizărilor în legătură cu CBR, la registratură sau în cutiile special instalate în acest scop. Acestea sunt ridicate zilnic și prezentate factorilor decizionali. (Legea 46/2003 actualizată).

**Art.145.** (1) Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuterniciți sau alte persoane /instituții /autorități, se realizează în strictă concordanță cu prevederile *OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, urmărindu-se respectarea următoarelor reguli:

a) CBR asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale.

b) Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează de către pacienți/aparținători/împuterniciți, în scris, prin completarea formularului „*Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale*“, prevăzut în anexa nr. 3 la *OMS nr. 1410/2016*. Respectivul formular se aprobă de către managerul spitalului.

c) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacitatei de exercițiu, solicitantul trebuie să facă dovada că are calitatea de aparținător/reprezentant legal.

d) În cazul persoanelor împuternicite care solicită documente medicale ale pacienților, acestea este necesar să anexeze *“Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale”* prevăzut în anexa nr. 5 la *OMS nr. 1410/2016*.

e) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către persoana nominalizată de către managerul CBR împreună cu gestionarul arhivei, în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării.

f) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacienți/aparținători/împuterniciți a formularului „*Declaratie privind comunicarea documentelor medicale personale*“, prevăzut în anexa nr. 4 la *OMS nr. 1410/2016*.

g) Solicitarea consultării/ eliberării duplicatelor actelor medicale de către pacient se poate face atât pe perioada internării, cât și după externare

h) Datele medicale ale pacienților pot fi puse și la dispoziția organelor de urmărire penală sau instanțelor judecătoarești pentru efectuarea urmăririi penale ori derularea procesului juridic, la solicitarea scrisă și motivată a acestora.

i) Tot prin excepție, în baza art. 40 din *Legea nr. 132/2017 privind răspunderea civilă auto pentru prejudicii produse terților prin accidente de vehicule și tramvaie*, informațiile deținute cu privire la cauzele și împrejurările producerii riscurilor asigurate și la prejudiciile ori vătămările provocate, solicitate la cererea asiguratorilor RCA, a Biroului Asiguratorilor de Autovehicule din România (BAAR) și a Fondului de garantare a asiguraților, vor fi transmise în termen de 30 de zile, în vederea stabilirii și plății de către asiguratorii RCA și de către BAAR a despăgubirilor cuvenite.

(2) Categoriile de informații medicale care pot fi transmise telefonic aparținătorilor cu respectarea prevederilor legale în vigoare sunt:

- a) numele medicului curant;
- b) starea pacientului (stabil, ameliorat, agravat etc);
- c) data estimată a externării;
- d) decizia unui transfer în altă secție, după caz;
- e) decizia unui transfer în altă unitate sanitară – numele unității sanitare, eventual număr de telefon, etc.

(3) Persoanele responsabile care transmit informațiile telefonic către aparținători sunt: medicul curant, asistenta de pe tură și medicul de gardă în afara programului de lucru al medicului curant.

**Art.146.** Anual, prin grija directorului medical, se realizează atât planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/ elibererăză documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți/instituții/autorități, inclusiv a persoanelor responsabile care transmit informațiile telefonic către aparținători, cât și instruirea propriu-zisă, conform planificării aprobate.

**Art.147.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de sunt următorii:

a) Număr de documente eliberate la cerere în intervalul de timp legal, din numărul total de documente eliberate în ultimul an calendaristic încheiat.

b) Numărul instruirilor periodice efectuate, în ultimul an calendaristic încheiat, ale personalului care avizează/ elibererăză documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți, inclusiv a persoanelor responsabile care transmit informațiile telefonic către aparținători, în raport cu numărul respectivelor instruiriri planificate în același interval de timp.

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

**Art.148.** (1) Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR" sunt ca principale scopuri:

- d) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfășurării activităților emergente obiectivelor strategice înscrise în "Planul strategic al CBR".
- e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea / ameliorarea neconformităților constatare care să conțină propunerii punctuale pentru îndeplinirea în volum complet și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin "Planul strategic al CBR".
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - identificarea cu întârziere a unor neconformități care pun în pericol atingerea obiectivelor strategice asumate prin "Planul strategic al CBR";
  - neexecutarea / întârzierea activităților prevăzute în "Planul strategic al CBR";
  - luarea unor măsuri care nu se fundamentează pe o analiză succintă a realității, context în care există riscul ca acestea să nu-și atingă scopul sau, din contră, să dăuneze atingerii obiectivelor propuse.

**Art.149.** Etapele modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR" presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- c) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR", întocmesc o analiză anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.
- d) Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din "Planul strategic al CBR", care vor fi utilizati în analiza menționată la lit. b) sunt următorii:
  - Gradul de îndeplinire a fiecăruia dintre obiectivele și activitățile emergente planificate prin graficul Gantt din cadrul "Planul strategic al CBR".
  - Se face sau nu dovada că fundamentarea obiectivelor "Planul strategic al CBR" a fost făcută în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.

- Se confirmă / infirmă că rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
- Se confirmă / infirmă că obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.

**Art.150.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "Planul strategic al CBR" sunt următorii:

- d) Desfășurarea la termen a analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al "Planul strategic al CBR";
- e) Utilizarea în cadrul analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al "Planul strategic al CBR" a unui set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate;
- f) Gradul de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din "Planul strategic al CBR"

### **18.3 Reglementarea privind monitorizarea consumurilor pentru fiecare sector de activitate și monitorizarea costurilor serviciilor**

**Art.151.** (1) Reglementarea privind monitorizarea consumurilor pentru fiecare sector de activitate și monitorizarea costurilor serviciilor are ca principale scopuri:

- a) Stabilește un set de reguli și operațiuni și un cadru unitar pentru reglementarea etapelor care trebuie urmate pentru monitorizarea consumurilor în vederea incadrării în limitele stabilită de către management și a găsirii și folosirii oportunităților de reducere a costurilor menținând și chiar îmbunătățind calitatea serviciilor furnizate;
- b) Protejarea performanțelor serviciilor eliminând costurile inutile sau care pot fi evitate și nu de a aplica „managementul reducerilor” în sensul de „înghețare a posturilor” sau de reducere a frecvenței sau calității serviciilor, pentru simplul motiv de a economisi bani.
- c) Întocmirea decontului care se va elibera pacienților potrivit prevederilor legale în vigoare;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Lipsa unui cadru unitar și a unei coordonari a procesului de monitorizare a costurilor în vederea limitării acestora și de îmbunătățire a activitatii;
  - Completarea incorecta, incompleta a decontului de cheltuieli care se va elibera pacienților pentru valoarea serviciilor medicale acordate;

**Art.152.** (1) Monitorizarea consumurilor pentru fiecare sector de activitate presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

- a) Bugetul de venituri și cheltuieli reprezintă instrumentul de programare și analiza pe termen mediu a activității economico-financiare, prin care se urmărește realizarea veniturilor estimate, incadrarea în cheltuielile propuse a se efectua și asigurarea echilibrului financiar intern pentru desfasurarea activitatii CBR.
- b) Pentru monitorizarea consumurilor, în ultimul trimestru al anului în curs pentru anul viitor, șefii de secție/compartiment/serviciu/birou intocmesc referate de necesitate pentru bunurile și serviciile necesare desfasurării activitatii CBR, în baza cărora se elaborează planul anual al achizițiilor publice.

- c) Șefii de secție/compartiment/serviciu/birou predau consumurile specifice către compartimentul contabilitate pe baza bunurilor de consum;
- d) Înregistrarea în evidență contabilă a cheltuielilor de personal, materiale și servicii de către compartimentul de contabilitate;
- e) Monitorizarea consumurilor specifice vizează toate consumurile înregistrate la nivelul sectorului de activitate în vederea întocmirii decontului pe pacient, conform prevederilor *OMS nr. 1100/2005 privind introducerea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului pentru serviciile medicale primite*.
  - Decontul de cheltuieli pentru fiecare pacient se întocmește pe baza datelor la nivel de pacient din sistemul informatic al CBR.
  - Modelul decontului de cheltuieli pentru pacienții externați este prevăzut în anexa nr. 1 la *OMS nr. 1100/2005*, se întocmește în trei exemplare, din care un exemplar se înmânează pacientului, unul rămâne anexat la foaia de observație, iar un exemplar se transmite și se păstrează la compartimentul finanțier-contabil.
  - Decontul de cheltuieli pentru pacienții spitalizați se calculează în baza și în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli aprobat, având în vedere veniturile din sumele contractate și încasate de spital din contractele de furnizare a serviciilor medicale cu casele de asigurări de sănătate pentru asistența medicală spitalicească și din programe de sănătate finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, care se derulează prin spital, precum și celelalte venituri ce se încasează și se utilizează, în condițiile legii, pentru acordarea serviciilor medicale;
  - Decontul de cheltuieli ține seama de limita de cheltuieli aprobată, pe titluri, articole și aliniate din buget.
  - Decontul de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat, cuprinde:
    - tariful pe zi de spitalizare pe secție, exclusiv contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare sau prestațiilor care se pot identifica la nivel de pacient și evidenția distinct pe decont se stabilește anual, urmând să se modifice, dacă este cazul, la nevoie
    - numărul de zile de spitalizare realizate pe caz externat;
    - cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare sau prestații care nu sunt comune și se pot identifica și cuantifica la nivel de pacient:
      - medicamente, inclusiv cele din programe;
      - materiale sanitare, inclusiv cele din programe;
      - analize de laborator;
      - alte investigații;
      - alocația de hrana;

(2) Monitorizarea costurilor serviciilor presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

- a) Stabilirea centrelor de cost se face în baza organigramei CBR și sunt:

- Reumatologie 1
- Reumatologie 2
- Reumatologie 3
- Spitalizare de zi
- Ambulatoriu integrat
- Laborator analize medicale
- Laborator radiologie și imagistică medicală
- Farmacie cu circuit închis
- Laborator recuperare, medicină fizică și balneologie

- Cabinet Osteodensitometrie
  - Laborator explorări funcționale
- b) Pentru fiecare centru de cost se identifică costurile directe, iar cele indirecte și generale sunt repartizate cu ajutorul unui factor de repartiție (nr. pacienți, nr. zile spitalizare, nr. paturi)
- c) La sfârșitul fiecarui trimestru directorul finanțier-contabil generează din programul informatic de contabilitate cheltuielile directe și indirecte în situația „*Plăți și cheltuieli bugetare*” pentru fiecare centru de cost.
- d) De la Compartimentul Statistică și Informatică Medicală se preia numărul de pacienți externați și numărul zilelor de spitalizare pentru fiecare secție în parte.
- e) După preluarea tuturor datelor directorul finanțier-contabil calculează la nivel de secție și la nivel de spital indicatorii:
- Cost mediu pe zi de spitalizare = total cheltuieli/total zile de spitalizare
  - Cost mediu cu medicamente pe zi de spitalizare = total cheltuieli cu medicamentele/zile de spitalizare;
  - Cost mediu medicamente/pacient= total cheltuieli cu medicamentele/numar pacienti
  - Cost mediu medicamente/pat = total cheltuieli medicamente/numar paturi
- f) Trimestrial directorul finanțier-contabil transmite șefilor de secție/ambulatoriu în vederea analizării periodice a cheltuielilor directe situația „*Plăți și cheltuieli bugetare*” și indicatorii prevăzuți la litera e).

(3) Analiza costurilor serviciilor presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

- a) Directorul finanțier-contabil
  - Trimite lunar managerului “Situatia veniturilor si cheltuielilor”;
  - Intocmeste trimestrial “Raportul privind activitatea desfasurata in perioada \_\_\_”
- b) Managerul:
  - Comunica datele inscrise in “Situatia veniturilor si cheltuielilor” comitetului director;
  - Analizeaza impreuna cu comitetul director consumurile și costurile înregistrate în vederea justificării masurilor cu privire la controlul costurilor;
  - Decide anual impreuna cu comitetul director în funcție de costurile înregistrate tariful pe zi de spitalizare;
  - Dispune masuri în vederea cresterii eficienței utilizării resurselor disponibile în sensul identificării alternativelor care să presupună creșterea calității serviciilor furnizate concomitent cu reducerea costurilor;
  - Propune anual aprobarii comitetului director costurile medii maxime, astfel:
    - Cost mediu pe zi de spitalizare = total cheltuieli/total zile de spitalizare
    - Cost mediu medicamente pe zi de spitalizare = total cheltuieli cu medicamentele/zile de spitalizare;
    - Cost mediu cu medicamente/pacient = total cheltuieli cu medicamentele/numar pacienti
    - Cost mediu medicamente/pat = total cheltuieli medicamente/numar paturi;

**Art.153.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai reglementării privind monitorizarea consumurilor pentru fiecare sector de activitate și monitorizarea costurilor serviciilor sunt următorii:

- a) Procent FOCG care au anexat decontul de cheltuieli din total nr. FOCG analizate, în ultimul an calendaristic.
- b) Încadrarea costurilor realizate în țintele propuse, în ultimul an calendaristic:
  - Cost mediu pe zi de spitalizare realizat : Cost mediu pe zi de spitalizare propus

- Cost mediu medicamente pe zi de spitalizare realizat : Cost mediu medicamente pe zi de spitalizare realizat propus;
- Cost mediu medicamente/pacient realizat : Cost medicamente/pacient propus
- Cost mediu medicamente/pat realizat : Cost medicamente/pat propus

#### **18.4 Primirea, înregistrarea și repartizarea solicitărilor externe de informații**

**Art.154.** (1) Reglementarea privind primirea, înregistrarea și repartizarea solicitărilor externe de informații are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modul în care se face primirea, înregistrarea și repartizarea solicitarilor externe de informații în cadrul CBR;
- b) Documentează cerințele privind stabilirea metodelor și responsabilităților pentru primirea, înregistrarea și repartizarea solicitarilor externe de informații (formale sau informale) în vederea transmiterii datelor și informațiilor esențiale pentru funcționarea proceselor în cadrul CBR;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Riscul de a nu fi respectate cerințele legale privind informarea și comunicarea solicitarilor externe de informații ale partilor interesate;

**Art.155.** (1) Primirea, înregistrarea și repartizarea solicitărilor externe de informații presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

a) Prin deciziile emise de manager, Regulamentul de Organizare și Funcționare, prezentul Regulament și fișele de post este delegată autoritatea de reprezentare și sunt stabilite responsabilitățile pentru solicitările externe de informații cu instituțiile statului și alte părți interesate. Pe baza principiului de asigurare a confidențialității datelor și informațiilor, angajaților CBR le este interzis să comunice cu părțile externe în afara canalelor de comunicare stabilite/approbate, a limitelor de responsabilitate și a delegărilor de autoritate stabilite de Manager în mod strict pentru problematica din sfera lor de activitate.

b) Informațiile trebuie furnizate în mod adecvat și să fie verificabile iar mijloacele de comunicare utilizate, după caz, sunt:

- afișare, semnalizare;
- instruire, difuzare documente scrise, intranet/internet;
- informare prin telefon, fax, e-mail, întâlniri directe, sedinte;
- comunicate de presă

c) Solicitarile externe de informații de tip formal sunt transmise pe canale prestabilite și sunt:

- Informațiile necesare în relațiile cu Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București și alte autorități pentru alte cerințe la care CBR subscrive;
- Informațiile necesare în relațiile cu Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului București (de jos în sus – formal) pentru îndeplinirea cerintelor ce revin prin aplicarea contractului cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia;
- Informațiile necesare în relațiile cu Directia de Sanatate Publică a Municipiului București (de jos în sus – formal) pentru îndeplinirea cerintelor ce revin prin aplicarea legislației referitoare la îndeplinirea condițiilor de funcționare;
- Informațiile necesare în relațiile cu SIUI pentru îndeplinirea cerintelor ce revin prin aplicarea cerintelor de raportare a cazurilor din cadrul CBR;
- Informațiile necesare în relațiile cu autoritatile pentru cerințele legale referitoare la sanatate și securitatea în munca;
- Informațiile necesare în relațiile cu autoritatile pentru cerințele legale referitoare la mediu;

- Informațiile necesare în relațiile cu Ministerul Finanțelor Publice - (de jos în sus – formal) pentru îndeplinirea cerintelor ce revin referitoare la obligațiile de raportare a impozitelor, taxelor, situațiilor financiare, etc;
  - Informațiile necesare în relațiile cu ANMCS (de jos în sus – formal ) pentru îndeplinirea cerintelor ce revin prin aplicarea standardelor de acreditare a spitalelor;
    - d) Solicitarile externe de informații de tip informal sunt acele acele solicitări transmise pe ale canale dacă cele prestabilite cum ar fi :
  - Informații transmise cu scopul de a imbunatată calitatea vietii și a relațiilor de munca atât în cadrul CBR cât și în afara unității;
  - Informații transmise de diferite asociații ale pacientilor pe diferite afecțiuni care sunt tratate sau ameliorate în cadrul unității sanitare sanatoriale;
  - Informații transmise de terți cu scopul aducerii la cunoștiința a unor noi tratamente și imbunatatirea educației în sănătate;
  - e) Secretarul CBR are următoarele responsabilități:
    - Primește corespondența pe canalele oficiale – respectiv, postă, fax, email;
    - Înregistrează solicitările externe primite de la diverse instituții și autorități ( Ministerul Sănătății, DSP, CASMB, ANMCS, Garda de mediu , ITM , etc. ) în Registrul de intrări – ieșiri;
    - Comunica documentele privind solicitările externe managerului;
    - Trimite documentele cu rezoluția managerului către persoanele responsabile cu soluționarea solicitărilor externe;
    - Trimite managerului documentul întocmit de către persoana responsabilă privind răspunsul la solicitările externe, în vederea semnării;
    - Înregistrează în registrul de intrări – ieșiri documentul întocmit de către persoana responsabilă privind răspunsul la solicitările externe;
    - Trimite, prin postă, fax, email, documentul întocmit de către persoana responsabilă cu răspunsul la solicitare către autoritatea sau instituția solicitantă.
  - f) Managerul CBR are următoarele responsabilități:
    - Repartizează solicitările externe de informații în vederea formularului răspunsurilor către coordonatorii compartimentelor funcționale responsabili;
    - Semnează răspunsurile întocmite de către coordonatorii de compartimente în vederea transmiterii către autoritățile, instituțiile, pacientii și societatile destinație.
- (2) Comunicarea informațiilor externe presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:
- a) *Directorul finanțiar-contabil are următoarele responsabilități:*
    - Trimite lunar electronic pe site-ul Ministerului Finanțelor Publice declaratiile fiscale privind obligațiile impozitele și taxele datorate de către CBR și situațiile financiare;
    - Intocmeste și comunica lunar secretariatului CBR, în vederea transmiterii către CASMB pentru decontare, factura și documentele pentru serviciile medicale realizate;
    - Intocmeste și comunica lunar, secretariatului CBR în vederea transmiterii, situația privind cotizațiile datorate de către medici la CMB și asistentii medicali către OAMMR;
    - Intocmeste și comunica lunar secretariatului CBR, în vederea transmiterii către CASMB, situația privind conchediile medicale;
    - Trimite lunar în format de hartie, către CASMB, situația consumului de medicamente și execuția bugetară;
  - b) *Serviciul Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare și Juridic*
    - Trimite anual, în format hartie, către DSP situația privind personalului angajat, cheltuielile bugetare, activitatea unității privind procedurile medicale, infectiile asociate asistentei medicale și cercetarea statistică SAN;

- Transmite anual, in format hartie, catre DSP situatia privind instruirea personalului privind gestionarea deseurilor rezultate din activitatea medicala precum si raportul aferent activitatii gestionarii deseurilor medicale;
- Transmite anual, in electronic la INS cercetarea statistica SAN;
- Transmite lunar, electronic, catre INS, ancheta asupra castigurilor salariale, cercetare statistica
- Transmite lunar, electronic si pe suport de hârtie, către CASMB, cererile si centralizatoarele cu conchediile medicale ale salariajilor, în vederea recuperării sumelor decontate din FNUASS;
- Asigura comunicarea cu reprezentantii institutiilor de control
- Transmite trimestrial, electronic, catre INS, ancheta locurilor de munca vacante,
- Transmite anual, in format hartie, catre ITM Bucuresti, raportul privind activitatea SSM;
  - c) *Serviciul Administrativ, Aprovizionare, Achizitii, Transport, Tehnic:*
- asigura comunicarea cu furnizorii de bunuri si prestatorii de servicii si lucrari in vederea asigurarii aprovizionarii cu produse, materiale, echipamente in scopul asigurării resurselor pentru desfăşurarea proceselor si furnizării de servicii.;
- transmite lunar in format de hartie, catre ITM Bucuresti procesele verbale ale intrunirii Comitetului de Securitate si Sanatate a Muncii;
- Transmite anual, in luna septembrie, electronic, catre societatea prestatoare de servicii de mediu cu care CBR are incheiat contract, masuratorile cos pentru remisie, in vederea transmiterii catre Agentia de Mediu Bucuresti;
- Transmite anual, in format electronic, catre INS, raportarea privind consumul energetic;
- Transmite lunar, electronic, catre societatea prestatoare de servicii de mediu cu care CBR are incheiat contract, situatia generarii deseurilor in vederea transmiterii catre Agentia de Mediu Bucuresti;
- Transmite semestrial, electronic, catre societatea prestatoare de servicii de mediu cu care CBR are incheiat contract, analizele pentru apa uzata menajera in vederea transmiterii catre Agentia de Mediu Bucuresti;
  - d) *Coordonatorul Compartiment Statistică și Informatică medicală*
- Transmite lunar, electronic către SNSPMPDSB setul de date privind pacienții externați, accesibile prin sistemele informatiche conform OMS nr. 1782/576/2006;
- Transmite zilnic, electronic în SIUI setul de date privind pacienții internați accesibile prin sistemele informatiche, conform contractului cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia;
- Transmite trimestrial, semestrial si anual, in format de hartie, catre DSP a Municipiului Bucuresti, principali indicatori ai cunoasterii sanatatii si activitatea spitalului;
  - e) *Compartiment Infecții Asociate Asistenței Medicale*
- Transmite săptămânal in format electronic catre DSP registrul unic privind infectiile asociate asistentei medicale;
- Transmite lunar in format de hartie si electronic catre DSP situatia infectiilor asociate asistentei medicale;
- Transmite lunar, electronic, catre DSP situatia generarii deseurilor medicale;
- Transmite lunar, electronic, catre CaPeSaRo situatia privind flora microbiana - infectiile asociate asistentei medicale;
  - f) *Biroul Managementului Calității Serviciilor de Sănătate*
- Transmite lunar/trimestrial/sementrial/anual, electronic, catre CaPeSaRo datele privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sănătate si siguranței pacientului.

**Art.156.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai reglementării privind primirea, înregistrarea și repartizarea solicitărilor externe de informații sunt următorii:

- a) Nr. de reclamații privind lipsa răspunsului la solicitările externe de informații, în ultimul an calendaristic.

## **18.5 Protecția sistemului informatic, condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului**

**Art.157.** Reglementarea condițiilor de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitățile de control al accesului la datele din sistemul informatic al spitalului;
- b) Reglementarea accesului la informații, prelucrarea și protecția pentru fiecare categorie profesională.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Accesul neautorizat la informații (care include accesul neautorizat la echipamente, sau furtul de echipamente);
  - Modificarea în mod neautorizat a informațiilor prin ștergere, adăugare sau distrugere;
  - Imposibilitatea identificării informațiilor sau indisponibilitatea acestora atunci când sunt solicitate;
  - Pierderea confidențialității datelor;
  - Producerea de fraude utilizând SIC aparținând instituției;
  - Pierderea informațiilor (defectarea echipamentelor utilizate pentru back-up, distrugerea SIC în urma unor calamități etc.)

**Art.158.** În spital se prelucrează, stochează și transmit informații neclasificate prin intermediul sistemelor informaticice și de comunicații, denumite în continuare SIC.

**Art.159.** La nivelul spitalului sunt definite două **categorii de personal** care definesc condițiile de acces, respectiv resursele avute la dispoziție:

- a) utilizatorii cu drepturi de administrare, denumiți în continuare **administratori**
- b) utilizatorii cu drepturi restricționate/limitate, denumiți în continuare **utilizatori**.

**Art.160.** Administratorii fac parte din structura Resurse Umane.

**Art.161.** Utilizatorii SIC sunt:

- a) personal de conducere;
- b) personal medical;
- c) personal finanțier-contabil;
- d) personal administrativ.

**Art.162.** **Accesul la datele din sistemul informatic** se acordă individual și diferențiat pe baza principiului "necesitatea de a cunoaște". Nevoia este stabilită de conducerul locului de muncă și are la bază activitățile cuprinse în fișa postului.

**Art.163.** Accesul la datele din SIC este permis doar utilizatorilor autorizați. Prin utilizatori autorizați se înțelege personalul angajat care:

- a) are cuprinse în fișa postului activități ce presupun utilizarea SIC;
- b) deține un cont de utilizator valabil

**Art.164.** Pentru a obține dreptul de utilizare SIC, angajații unității vor proceda astfel:

- a) se prezintă la biroul comunicării și informatică, unde vor completa o cerere de cont acces;

- b) cererea se prezintă şefului structurii de securitate, care verifică dacă utilizatorul deține autorizație de acces/certificat de securitate corespunzător nivelului de clasificare al informațiilor procesate și stocate în SIC pentru care solicită accesul;
- c) cererea avizată o prezintă ulterior managerului pentru aprobare;
- d) după ce a fost instruit, utilizatorul va completa și va semna un angajament prin care declară că a fost instruit și că a înțeles prevederile ghidului de securitate. Ghidul va fi semnat anual după fiecare instruire ulterioară;
- e) primește datele de autentificare în SIC, respectiv numele unic de utilizator și parola inițială;
- f) se autentifică în SIC și schimbă parola inițială, conform precizărilor specifice din ghid.

**Art.165.** (1) În toate SIC se implementează măsuri de identificare, autentificare și evidență a accesului.

(2) Utilizatorii sunt obligați să își schimbe parola la prima sesiune de lucru și ulterior la fiecare 90 de zile calendaristice (apasă concomitent tastele Ctrl+Alt+Delete => “Change password”).

(3) Este interzis utilizatorilor autorizați să păstreze parola proprie de acces în formă scrisă, sau să o comunice altor persoane în vederea accesării SIC.

(3) Este interzis accesul SIC utilizând datele de identificare ale altui utilizator. La sfârșitul sesiunii utilizatorii sunt obligați să blocheze/oprească calculatorul.

**Art.166.** (1) Evidența automată a accesului la informațiile stocate sau procesate în SIC se ține sub forma fișierelor de audit;

(2) Înregistrările din fișierele de audit vor cuprinde următoarele date:

- a. data și ora activității/operațiunii;
- b. operațiunea executată;
- c. codul de identificare al utilizatorului în contul căruia apare operațiunea;
- d. dacă operațiunea s-a finalizat sau nu corespunzător;
- e. intrarea/ieșirea în/din sesiunea de lucru;
- f. pornirea/oprirea sistemului;
- g. modificările parametrilor de securitate.

(3) La fișierele de audit au acces administratorul de securitate și administratorul de sistem/rețea.

(4) Fișierele de audit se verifică trimestrial de administratorul de securitate, care va crea copii de rezervă pe medii de stocare de tip CD/DVD. Acestea sunt păstrate minim 6 luni.

**Art.167.** (1) Responsabilul de IT împreună cu furnizorii de software elaborează planuri de backup pentru asigurarea disponibilității informațiilor, precum și pentru protecția informațiilor în SIC;

(2) Operațiunile de salvare se execută periodic de către administratorul de sistem/rețea.

(3) Administratorul de baze de date creează copii de siguranță ale bazelor de date.

**Art.168.** **Condițiile de acces și prelucrare a informațiilor/datelor** sunt următoarele:

- a) Administratorii nu trebuie să folosească în mod abuziv drepturile administrative și trebuie să facă investigații numai sub îndrumarea membrilor din structura de securitate sau a conducerii instituției. Aceste cazuri vor fi înregistrate ca evenimente.
- b) Unele conturi sunt necesare pentru audit (verificare, control) intern sau extern, pentru dezvoltare sau instalare de software sau alte operațiuni definite.
- c) Lista parolelor pentru fiecare cont cu drepturi administrative se înregistrează și se păstrează în mapa administratorului de securitate.

**Art.169. În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din SIC, se vor respecta următoarele condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului de către toți utilizatorii:**

- a) utilizatorii au obligația de a citi și a cunoaște protecția datelor. Neștiința și ignoranța nu pot fi folosite drept scuză pentru cauzarea de disfuncționalități ale SIC, sau încălcări ale regulamentului sau ale legislației în vigoare.
- b) utilizatorii poartă întreaga responsabilitate pentru acțiunile executate nemijlocit din conturile proprii;
- c) resursele și serviciile IT vor fi folosite în mod responsabil, etic, în spirit deschis și cu respectarea legislației în vigoare.
- d) utilizatorii vor lua toate măsurile rezonabile pentru a asigura integritatea și confidențialitatea resurselor hardware și software din spital. Astfel, utilizatorii nu vor divulga altor persoane parolele/mecanismele de acces, nu vor oferi drept de folosire a conturilor proprii, vor păstra secretul parolelor și nu vor face publice informații legate de structura și organizarea SIC.
- e) utilizatorii vor folosi în SIC date și software numai în condițiile respectării legilor privind dreptul de autor și licențiere ale posesorilor acestora.
- f) datele transmise și stocate în SIC trebuie să fie informații motivate de interesul utilizatorilor, interes care nu poate presupune:
  - o generare de trafic personal;
  - o promovare de activități comerciale neautorizate;
  - o generare de trafic excesiv, care împiedică funcționarea SIC în condiții normale;
  - o transferuri de materiale pornografice;
  - o transferuri de materiale care contravin legilor drepturilor de autor (software piratat, filme, muzică, etc.);
  - o tentative de exploatare a problemelor de securitate care pot apărea (accesul, alterarea sau ștergerea neautorizată a datelor sau software-ului, răspândirea de aplicații informaticе din categoria software-ului malicioș: virusi, troieni, viermi, spyware, etc.);
  - o compromiterea sau tentativa de compromitere a integrității resurselor de calcul/comunicație;
  - o hărțuirea altor utilizatori;
  - o utilizarea resurselor, în particular poștă electronică, servere de Web și buletine, pentru a transmite mesaje obscene, repetitive, frauduloase sau nesolicitante, cu caracter comercial (de exemplu, spam).
  - o utilizarea de software fără a cunoaște efectele pe care acesta le produce.
- g) utilizatorii sunt obligați să trateze SIC ca pe o resursă comună, care trebuie să fie protejată și să semnaleze responsabilul IT orice intruziune străină în rețea sau operațiune din clasa descrisă anterior.
- h) este interzisă adăugarea, modificarea sau scoaterea de resurse în sau din SIC fără acordul responsabilului IT (care își rezervă dreptul de a anula modificările făcute fără acordul său).
  - i) administratorii asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în CCBR. Acest lucru se realizează cât mai repede posibil în baza unei înștiințări făcute de către un angajat al structurii de resurse umane către responsabilul IT, aspect care este necesar să fie confirmat în Fișa de lichidare.
  - j) Parolele utilizate de către utilizatorii sistemului informatic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:
    - o să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
    - o să aibă o lungime minimă de 9 caractere;
    - o să fie parole complexe;
    - o reutilizarea parolelor este interzisă;

○ parolele de cont utilizator nu trebuie divulgăte nimănui, nici măcar angajaților care răspund de securitatea sistemelor informaticice.

k) Dacă se suspectează că o parolă fost divulgată sau a fost descoperită aceasta trebuie schimbată imediat. Această situație trebuie ulterior raportată către Structura de securitate.

l) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de trei ori la rând parola greșită, acesta va înștiința responsabilul IT pentru deblocarea contului și schimbarea parolei.

m) Utilizatorii nu pot folosi programe de stocare a parolelor.

n) Sistemele informaticice nu trebuie lăsate nesupravegheate fără a activa un sistem de blocare a accesului la acestea; deblocarea trebuie să se facă folosind parola.

o) **Fiecare utilizator al sistemului informatic are posibilitatea să-și gestioneze din contul său propria parolă** (se tastează simultan în acest sens tastele CTRL+ALT+DEL și ulterior se accesează comanda "Schimbați parola").

p) Periodic, administratorul de rețea/SIC face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporti de date independenți, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

**Art.170.** (1) În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din SIC, la nivelul spitalului sunt implementate măsuri care vizează:

a. **Protecția fizică –**

- (1) zonele de operare ale SIC care stochează, procesează sau transmit informații în format electronic se declară zone publice, administrative.
- (2) SIC sunt etichetate și sigilate, integritatea acestor elemente fiind verificată zilnic de utilizatori și periodic de către administratorul de securitate.
- (3) toate SIC-urile sunt prevăzute pentru a fi evacuate în situații de urgență.
- (4) SIC-urile (mai puțin cele de tip portabil – laptop) sunt protejate în caz de supratensiune, sau pene de curent prin surse de alimentare neîntreruptibile – UPS.

b. **Protecția software –**

- (1) în SIC se utilizează doar software licențiat, omologat sau supus procesului de acceptanță.
- (2) Software este autorizat pentru folosire în conformitate cu scopul pentru care a fost achiziționat.
- (3) Înainte de utilizare, pachetul de instalare se verifică de către administratorul de sistem/rețea pentru depistarea de software nociv/malware.
- (4) Nu este permisă instalarea de software de către utilizatorii restricționați.
- (5) Sistemele de operare sunt actualizate periodic cu ultimele actualizări de securitate.
- (6) Accesul la aplicațiile informaticice se face pe tipuri de utilizatori, ca și accesul la SIC: administratori și utilizatori cu drepturi restrânse/limitate. Pentru gestionarea centralizată și facilă a drepturilor de utilizare sunt create de administratorii de sistem/ rețea grupuri de utilizatori.

c. **Protecția personalului –**

- (1) are ca scop identificării persoanelor care prin acțiunile, sau inacțiunile lor pot pune în pericol protecția informațiilor.

- (2) se realizează prin selecționarea, verificarea, avizarea și autorizarea accesului la informații, revalidarea, controlul și instruirea personalului de către structura de securitate.

**Art.171.** (1) **Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital** se realizează în conformitate cu reglementările legale în vigoare, ținându-se cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal de la colectarea lor până la utilizare și libera circulație a acestora. În cadrul instituției se au în vedere toate activitățile legate de accesul și utilizarea datelor pacienților.

(2) Procedura privind colectarea datelor în CCBR se desfășoară în conformitate cu prevederile art. 7 din *Ordinul nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi*.

**Art.172.** (1) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți, importante pentru realizarea situațiilor în vederea decontării serviciilor medicale oferite.

(2) Baza de date este securizată (parola de utilizare) și utilizată la nivelul tuturor serviciilor medicale.

(3) Datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele), nu vor fi transmise în raportările statistice.

(4) Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise în forma criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat pentru generarea CID-lui.

**Art.173.** (1) **Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea următoarelor reguli:**

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

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

(4) Pacienții sunt informați în formularul de consumățământ adoptat de spital, cu privire la:

- Identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
- Scopul în care se face prelucrarea datelor;
- Informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;
- Orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

**Art.174.** (1) În conformitate cu prevederile art. 24 din *Legea nr. 46/2003 drepturile pacientului și ale art. 9 din O.M.S. nr. 1410/2014 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, pacientul are acces la datele medicale personale, spitalele având obligația de a asigura pacienților accesul neîngrădit la aceste date.

(2) Sistemul dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului este un serviciu public furnizat de CNAS, pentru toți pacienții care, potrivit prevederilor titlului VIII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, sunt asigurați ai sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală, indiferent dacă se află sau nu în

relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate. Acest serviciu urmează sa fie utilizat gradual de la data implementării în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală.

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul DES, ca parte componentă a Platformei informaticе din asigurările de sănătate, se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

(4) În cazul pacienților pentru care se constituie DES, datele și informațiile sunt structurate în module, respectiv: modulul «Sumar de urgență», modulul «Istoric medical», modulul «Antecedente declarate de pacient», modulul «Documente medicale» și modulul «Date personale», structurate pe module potrivit prevederilor art. 346 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(5) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală, datele și informațiile din DES prevăzute la alin. Precedent vor fi accesibile medicilor numai cu consimțământul pacienților, cu excepția datelor și informațiilor din modulul «Sumar de urgență», care vor fi accesibile medicilor care își desfășoară activitatea în structurile de urgență și medicilor care își desfășoară activitatea în asistență medicală primară, numai în vederea realizării actului medical, fără a fi necesar consimțământul pacientului.

(6) Accesul medicilor la datele și informațiile prevăzute la alin. (4) se va realiza în baza unui certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat, certificat înregistrat la casa de asigurări de sănătate în raza administrativ-teritorială în care aceștia își desfășoară activitatea.

(7) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală accesul pacienților sau al reprezentanților legali ai acestora la datele și informațiile din DES se va realiza cu respectarea prevederilor art. 8 din Regulamentul general privind protecția datelor, prin intermediul:

- matricei de securitate și al parolei de acces;
- cardului național de asigurări sociale de sănătate cu codul PIN asociat acestuia și al parolei de acces.

(8) Matricea de securitate se va elibera la solicitarea pacienților în baza actului de identitate al acestora, de către medicii care dețin un certificat calificat.

(9) Parola de acces este personalizată de fiecare pacient, este strict confidențială, fiind un element de securitate cunoscut numai de pacient, și se va utiliza în cadrul DES atât pentru cardul național de asigurări de sănătate, cât și pentru matricea de securitate.

(10) În activitățile de utilizare a DES al pacienților, medicii vor aplica principiile și normele metodologice de deontologie și etică medicală stabilite de codul de deontologie medicală potrivit prevederilor legale în vigoare, inclusiv cu respectarea reglementărilor legale privind protecția datelor cu caracter personal.

(11) Pacienții au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate pentru accesul la DES, respectiv parola de acces, cardul național de asigurări sociale de sănătate, codul PIN asociat acestuia și matricea de securitate.

(12) Medicii au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate, respectiv certificatul calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat și codul PIN asociat acestui certificat.

(13) Datele din dosarul electronic de sănătate al pacientului se păstrează pe întreaga durată de viață a pacientului, iar după decesul acestuia, datele din DES se arhivează potrivit legii, urmând a fi pseudonimizate și prelucrate exclusiv în scopuri de cercetare științifică ori în scopuri statistice, cu excepția cazurilor în care există dispoziții legale contrare.

(14) Conform cerințelor Legii nr. 190/2018 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată, spitalul are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale ale pacienților.

(15) Datele colectate cu scopul asigurării protecției sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a acorda aceste servicii. Pacienții sunt obligați să furnizeze datele, refuzul de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.

(16) Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operatorul spitalului și nu sunt comunicate altor destinatari.

(17) Conform Legii nr. 190/2018, pacienții beneficiază de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a se adresa justiției.

(18) Orice persoană are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opoziție poate fi exclus pentru anumite prelucrări prevăzute de lege (de ex.: prelucrări efectuate de serviciile financiare și fiscale, de poliție, justiție, securitate socială). Prin urmare, această mențiune nu poate figura dacă prelucrarea are un caracter obligatoriu; orice persoană are, de asemenea, dreptul de a se opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrările datelor sale personale în scopuri de marketing direct.

(19) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

(20) Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

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

(22) Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

(23) Prevederile prezentului articol se completează cu prevederile ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS care va preciza datele, informațiile și procedurile operaționale necesare utilizării și funcționării DES, în aplicarea prevederilor Titlului IX<sup>1</sup> „Dosarul electronic de sănătate al pacientului” din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*.

**Art.175. (1) La nivelul spitalului următorul set de date/informații se transmit cu prioritate către utilizatori**, în domeniile de interes ale acestora, după cum urmează:

- Actele normative incidente diferitelor domenii de activitate, precum și ordinele, dispozițiile și reglementările nou intrate în vigoare/ale autorităților al căror termen de intrare în vigoare este unul scurt/immediat și care presupun demararea unor procese/activități de punere în aplicare imediată;

- Date și informații scrise, transmise prin email, fax, care necesită derularea de activități într-un interval scurt de timp sau în a căror conținut se specifică mențiunea unui grad de prioritate urgent;
- Deciziile managerului spitalului;
- Procedurile documentate aplicabile fiecărui sector de activitate;
- Protocolele medicale aplicabile structurilor medicale;
- Orice modificări/completări/abrogări/revizuirile reglementărilor interne aplicabile în CBR (Regulament de organizare și funcționare, Regulament intern, fișe de post, planificări activități etc.);
- *"Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue"* (SMDPC);
- *"Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi"* (SMDPZ);
- Rezultatele cu valori critice ale investigațiilor paraclinice;
- Semnale de alertare inițiate în diferite situații de urgență precum și date/informații transmise de persoanele abilitate, care fac referire la respectivele situații.

(2) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPC sunt cele prevăzute în Anexa nr. 6 la respectivul ordin.

(3) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPZ sunt cele prevăzute în Anexa nr. 7 la respectivul ordin.

(4) Datele/informațiile menționate la alin. (2) și (3) se culeg în format electronic, cu completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din F.O.C.G./F.S.Z., acest aspect fiind vital pentru procesul ulterior de clasificare a pacienților, pentru cel de analiză a datelor clinice și de finanțare. Conform reglementărilor legale medicul curant este cel responsabil pentru completarea diagnosticelor și procedurilor în F.O.C.G. Spitalele au obligația să colecteze SMDPC/ SMDPZ și răspund de corectitudinea, gestionarea și confidențialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să cripteze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului.

**Art.176. Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul CBR în diferite aplicații ale sistemului informatic, se realizează pe nivele de acces, astfel:**

- a) Datele colectate în CG, Spital, Ambulatoriu, Radiologie, Laborator clinic de analize medicale, Farmacie se introduc în format electronic în aplicații medicale dedicate.
- b) Suita de aplicații medicale utilizată de spital permite administrarea drepturilor de acces pentru toți utilizatorii. Suita conține module pentru spital (spitalizare continuă, de zi și ambulatoriu), pentru laboratorul de analize medicale, pentru farmacie, pentru statistică, raportare DRG și pentru finanțier-contabilitate.
- c) Accesul utilizatorilor se acordă diferențiat pe module. În cadrul modulelor, administratorii pot gestiona permisiunile la nivel de grup/entități (de exemplu secții și compartimente medicale) și pe roluri (medic, asistent medical etc.). Astfel, șefii de secție au drepturi superioare asistenților medicali, sau registratorilor. Pot efectua operațiuni multiple pe foile de observație din secția respectivă. Șefii altor departamente au drepturi speciale (de exemplu Șeful laboratorului de analize medicale are dreptul de a modifica parametrii analizelor disponibile în laborator, etc. Șeful farmaciei este și gestionar pe anumite gestiuni și are dreptul de eliberare pe acestea).
- d) Suplimentar, administratorul poate acorda drepturi suplimentare, sau limita accesul fiecărui utilizator, în funcție de nevoie.

- e) Calculatoarele operatorilor/asistenților medicali, respectiv registratorii medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate și nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate după închiderea programului, de asemenea accesul în aplicațiile informatic se face pe baza de utilizator și parolă.
- f) Fiecare utilizator i se atribuie de către administratorul aplicației un nume de utilizator și o parolă, precum și drepturile corespunzătoare funcției sale.

**Art.177.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Număr de sesizări adresate conducerii CBR în ultimul an calendaristic încheiat, privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale;
- Număr de incidente de securitate săvârșite în ultimul an calendaristic încheiat, care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor;
- Număr de conturi de utilizator existente în sistemul informatic, raportat la numărul de parole utilizat la un moment dat;
- Număr de sesizări adresate conducerii CBR în ultimul an calendaristic încheiat, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital;
- Număr de sesizări adresate conducerii CBR în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații stabilite a se transmit cu prioritate către utilizatori.

## 18.6 Reglementare privind circuitul documentelor

**Art.178.** (1) Reglementarea privind circuitul documentelor are ca principale scopuri:

- e) Stabilește un circuit corect, eficient, operativ și legal al documentelor la nivelul CBR;
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Riscul de nu a fi înregistrate documentele interne ale CBR;
  - Riscul de nu a fi înregistrate solicitările externe transmise către CBR de către alte unități sanitare sau administrative, instituții publice și autorități;

**Art.179.** (1) Circuitul documentelor interne presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

a) Actele, documentele și lucrările interne ale spitalului pot purta denumirea de: decizii, dispoziții, notă internă, notă de serviciu, notă de informare, adresa de înștiințare, referat, cerere, etc.

b) Toate înscrisurile/actele de uz intern ale spitalului indiferent de circuitul acestora, vor purta în mod obligatoriu: antetul spitalului, denumirea serviciul/secției/biroului de la care sunt elaborate, număr de înregistrare în registrul de intrări-ieșiri al CBR, numele, prenumele și semnătura persoanelor care au întocmit/redactat/contrasemnat și emis documentul.

c) Deciziile sunt redactate de către Serviciul Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare și Juridic și sunt transmise spre aprobare și semnare managerului, fiind difuzate prin intermediul secretariatului spitalului. Originalul deciziei se păstrează la Serviciul Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare și Juridic în registrul special cu aceasta destinație.

d) Referatele prin care se solicită achiziționarea unor bunuri, servicii sau lucrări vor respecta întocmai condițiile impuse actele normative în materia achizițiilor publice (Legea nr. 98/2016, HG nr. 395/2016). Referatele de necesitate vor conține în mod obligatoriu următoarele elemente: antetul spitalului, numele serviciului/secției/biroului de la care provine, numele prenumele și semnătura persoanei care emite/redacteză/intocmește/

contrasemnează, cantitatea necesară și orice elemente tehnice ce pot ajuta la identificarea

categoriilor de bunuri solicitate. Referatele de necesitate sunt înaintate conducerii spre aprobare.

e) Notele de serviciu, notele interne, notele de informare, deciziile managerului spitalului sau ale superiorilor ierarhici, precum și între serviciile/compartimentele din unitate – se comunica celor interesați prin intermediul secretariatului spitalului.

f) Documentele și lucrările se înaintează spre aprobare și semnare managerului de către șefii serviciilor de specialitate, respectiv de către șefii de secții/laboratoare/servicii. Actele care produc efecte juridice vor fi vizate de către consilierul juridic al spitalului. Refuzul acordării vizei de legalitate pe orice înscris înaintat spre avizare consilierului juridic, va face obiectul unui punct de vedere exprimat în scris, înregistrat la unitate și adus la cunoștința conducerii CBR.

g) Actul sau adresa se redactează în atâtea exemplare originale căi destinații sunt, plus un exemplar care se va păstra la serviciul de specialitate sau secția respectivă, purtând la final data, numele și prenumele persoanei care l-a întocmit.

h) Circuitul FOOG/FSZ la nivelul CBR se realizează conform *Reglementarea modului de completare a documentelor*, din prezentul Regulament.

(2) Circuitul documentelor externe presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

- a) Toate documentele de proveniență externă primite prin secretariatul spitalului sunt înaintate managerului pentru rezoluție și repartizare către serviciile/funcțiile/secțiile delegate cu soluționarea lor. Regula se aplică indiferent de destinatarul adresei/actului respectiv, care poate avea o anumita funcție în cadrul spitalului. Documentele sunt distribuite prin intermediul registraturii cu rezoluția managerului spitalului.
- b) După rezolvarea cererii sau actului de către serviciul sau compartimentul delegat în acest scop, se înaintează managerului spre aprobare și semnare, prin grija secretariatului.
- c) Toate înscrisurile/actele externe ale unității indiferent de circuitul acestora, vor purta în mod obligatoriu: antetul spitalului, denumirea serviciul/secției/biroului de la care sunt elaborate, număr de înregistrare în registrul de intrări-iesiri al CBR, numele, prenumele și semnătura persoanelor care au întocmit/redactat/contrasemnat și emis documentul.
- d) Orică document adresat altor instituții, autorități, foruri superioare sau persoane fizice se va elibera/ expedia numai prin secretariatul spitalului, iar aceste documente nu pot fi înaintate destinatarilor dacă nu conțin semnătura reprezentantului legal al unității (Manager) ori a locuitorului acestuia, în condițiile legii. Lipsa semnăturii reprezentantului legal pe orice înscris/act cu circuit extern, destinat altor persoane juridice ori fizice, nu reprezintă punctul de vedere oficial al unității și nu este considerat înscris oficial al unității și totodată nu reprezintă voința deplin exprimată în mod explicit.
- e) În cazul absenței managerului sau în cazul imposibilității de exercitare a funcției de către acesta din diverse motive, altele decât cele de incompatibilitate, are drept de semnătură persoana care a fost desemnata în acest sens de către managerul spitalului, statuată expres prin dispoziție scrisă a managerului.

**Art.180.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai reglementării privind circuitul documentelor sunt următorii:

- a) Procent decizii ale managerului CBR neînregistrate în registrul deciziilor din totalul deciziilor managerului CBR, în ultimul an calendaristic.
- b) Procent documente ale CBR neînregistrate din totalul documentelor CBR, în ultimul an calendaristic.

- c) Nr. de reclamații privind neînregistrarea documentelor la nivelul CBR, în ultimul an calendaristic.

## 18.7 Reglementarea modului de completare a documentelor

**Art.181.** (1) Reglementarea modului de completare a documentelor are ca principale scopuri:

- a) Stabilește documentele/formularele care se completează la nivelul CBR;
- b) Completarea corectă și completă potrivit prevederilor legale în vigoare;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Erori, confuzii, în utilizarea variantelor corecte de documente
  - o Completarea incorecta, incompleta și gestionarea incorecta a formularelor cu consecințe negative asupra desfășurării actului medical și de continuitate în acordarea asistentei medicale;

**Art.182.** (1) Modul de completare a documentelor presupune derularea următoarelor activități:

- a) Utilizarea adecvata a documentelor în cadrul CBR are la baza necesarul minim, conform cerințelor legale și de reglementare, de înregistrare ce trebuie să le efectueze personalul implicat în procesele de îngrijirea sănătății ale pacienților astfel încât să fie păstrat principiul asigurării continuității actului medical, al colectării înregistrării de date medicale în timp real, precum și a corectitudinii și integralității completării documentelor medicale.
- b) Utilizarea datelor cu caracter personal în cadrul CBR este necesar să se realizeze în conformitate cu reglementările legale în vigoare prin care se asigură protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.
- c) Personalul medical implicat în activitatea de completare a documentelor medicale respectă prevederile legale referitoare la întocmirea tuturor documentelor medicale prevăzute de legislația în vigoare, modul de completare și circuitul documentelor medicale.

(2) Tipul de document, modul de completare a documentelor și responsabilitățile se realizează astfel:

- a) Foaia de observație clinică generală (FOCG) se completează în conformitate cu prevederile *anexei 3 la OMS nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare* pe întreaga durată a internării pacienților în CBR. Registratorul medical completează datele personale prezentate la internare, medicul curant sau de gardă pentru toate rubricile cu excepția celor complete de asistente.
- b) Fișa de spitalizare de zi (FSZ) se completează în conformitate cu prevederile *anexei 5 la OMS nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare* pe întreaga durată a vizitei pacienților în CBR. Registratorul medical completează datele personale prezentate la internare, medicul curant sau de gardă pentru toate rubricile cu excepția celor complete de asistente.
- c) Fisa medicală de transfer interclinic al pacientului critic se completează de către medicul care solicită transferul, în conformitate cu prevederile *anexei 3 la OMS nr. 1.091/2006 privind aprobarea protocolelor de transfer interclinic al pacientului critic*.
- d) Biletul de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletul de internare se completează în conformitate cu prevederile *OMS nr. 867/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de*

*completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.* Medicul specialist completează după examinarea pacientului în ambulatoriu sau pentru recomandarea de servicii de medicină fizică și de reabilitare la externare pentru pacienții spitalizați.

e) Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice se completează în conformitate cu prevederile *OMS nr. 868/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.* Medicul specialist completează după examinarea pacientului în ambulatoriu.

f) Fișa de solicitare CT, RMN, scintigrafie și angiografie se completează de medicul curant cu aprobarea șefului de secție conform formularului prevăzut de *Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*

g) Scrisoarea medicală/Bilet de externare se completează de medicul curant atât pentru pacienții din ambulatoriu cât și la externare pentru pacienții spitalizați, conform formularului prevăzut de *Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*.

h) Prescripția medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate se completează de medicul curant la externare sau ca urmare a consultației în ambulatoriu conform formularului și instrucțiunilor prevăzute de *OMS nr. 674/2012 privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu modificările și completările ulterioare*.

i) Prescripția medicală pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu se completează de medicul curant atât pentru pacienții din ambulatoriu cât și la externare pentru pacienții spitalizați, conform formularului prevăzut de *Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*.

j) Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu se completează de medicul curant atât pentru pacienții din ambulatoriu cât și la externare pentru pacienții spitalizați, conform formularului prevăzut de *Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*.

k) Certificatul de concediu medical se completează de medicul curant pentru perioada de spitalizare și la externare, după caz sau ca urmare a consultației în ambulatoriu conform

formularului și instrucțiunilor prevăzute de *OMS/CNAS nr. 1092/745/2012 pentru aprobarea modelului unic al certificatului de concediu medical și a instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a certificatelor de concediu medical pe baza cărora se acordă indemnizații asiguraților din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și din sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale*.

- l) Certificatul Medical Constatator al Decesului este completat obligatoriu numai de medicul care a tratat și constatat decesul conform formularului și instrucțiunilor recomandate de către Organizația Mondială a Sănătății pentru uz internațional;
- m) Adeverința se completează de medicul curant în perioada internării pentru pacienții spitalizați, conform formularului prevăzut de *Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*.
- n) Condica de prescripții medicale și materiale sanitare se completează pe formularul prevăzut de *procedura operațională PO-MD-10 procedură operațională procedura privind eliberarea medicamentelor din farmacia spitalului*, potrivit reglementarii „*Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor*” din prezentul regulament. Medicul curant/medicul de gardă completează prescrierea medicamentelor care este avizată de medicul șef de secție și aprobată după caz de directorul medical și manager.
- o) Registrele medicale sunt formulare care se utilizează la camera de gardă, biroul de internări, cabinetele medicale și laboratorul recuperare, medicină fizică și balneologie și se completează de medic sau de asistentul medical/registrator conform datelor prevăzute de aceste documente.
- p) Planul de îngrijiri se inițiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării și se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient. Asistenții medicali completează planul de îngrijiri potrivit „*Reglementare privind utilizarea planului de îngrijiri*” din prezentul regulament.

(3) Monitorizarea modului de completare a documentelor se face astfel:

- c) Asistentul medical șef de secție verifică, prin sondaj, completitudinea și corectitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/pacient. Planul de îngrijiri se anexează la FOOG.
- d) Documentele medicale de externare (epicriză, scrisoare medicală/bilet de externare, se întocmesc în format electronic de medicul curant din secție. Acestea se verifică și validează prin semnătură de medicul șef de secție.
- e) Medicul șef de secție are obligația de a verifica toate FOOG - urile pacienților internați în secție, cel puțin la internarea și externarea acestora.
- f) La nivelul CBR, anual, de regulă în luna februarie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție de verificare a FOOG cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.
- g) La nivelul CBR, semestrial, de regulă în luna martie și septembrie, șeful BMCSM prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării documentelor medicale, rezultate din verificarea prin sondaj a documentelor (FOOG/FSZ, scrisoare medicală/bilet de externare, trimitere etc).

(4) Circuitul FOOG/FSZ la nivelul CBR presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

- a) FOOG/FSZ se întocmește la Biroul internari: datele pacientului se înregistrează în sistemul electronic pe baza documentelor de identitate.
- b) FOOG/FSZ însوește pacientul de la internare până la nivelul secției sau atunci când este nevoie la consulturile interdisciplinare. Se păstrează în cabinetul asistentelor în mape numerotate cu numărul de salon, pe fiecare FOOG/FSZ fiind notate salonul și patul conform schemei realizate pe salon.
- c) Fiecare secție este obligată să asigure condiții de securitate pentru păstrarea și protecția FOOG/FSZ împotriva distrugerilor accidentale, pierderii, modificării, dezvăluirii, sau accesului neautorizat la datele medicale ale pacienților.
- d) FOOG/FSZ sunt păstrate pe secție în perioada internării, iar după externarea pacientului se predau pe bază de proces-verbal Compartimentului Statistică și Informatică Medicală.
- e) La nivelul Compartimentului Statistică și Informatică Medicală se verifică existența documentelor specifice FOOG/FSZ, documentelor anexă la FOOG/FSZ și modul de completare a acestora, se arhivează conform nomenclatorului arhivistice și legilor în vigoare, se păstrează în arhiva proprie a CBR minim 1 an, după care se predau la arhiva externă, operatorului economic cu care spitalul a contractat servicii pentru depozitare.

**Art.183.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai modului de completare a documentelor sunt următorii:

- a) Procent FOOG completate conform cerințelor legale din total nr. FOOG analizate, în ultimul an calendaristic.
- b) Procent FSZ completate conform cerințelor legale din total nr. FSZ analizate, în ultimul an calendaristic.
- c) Procent Plan îngrijire adult anexa la FOOG completat conform reglementărilor interne din total nr. planurilor îngrijire anexate la FOOG analizate, în ultimul an calendaristic.
- d) Nr. de reclamații ale pacienților privind completarea documentelor medicale, în ultimul an calendaristic.

## **18.8 Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia**

**Art.184.** Reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia are ca principale scopuri:

- a) Se asigură comunicarea cu mass-media astfel încât să se asigure informarea publicului și promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare;
- b) Stabilește modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - accesul neautorizat al mass-media la date și informații cu caracter medical;
  - accesul neautorizat al mass-media la pacienți internați în cadrul CBR, în condițiile inexistenței unei aprobări în acest sens a conducerii spitalului cât și obținerii anterioare a acordului pacientului;
  - reclamații ale pacienților în legătură cu accesul neautorizat la aceștia al mass-media.

**Art.185.** Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

(1) Managerul CBR numește o persoană responsabilă în relația cu mass-media, precum și o persoană responsabilă de comunicarea cu mass-media în situații de criză (purtătorul de cuvânt al spitalului). Persoana care asigură relația cu mass-media este responsabilă cu elaborarea și prezentarea

mesajelor în numele CBR și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației și este principală persoană de contact pentru mass-media.

(2) În cadrul CBR relația cu mass-media este asigurată numai prin intermediul persoanei responsabile în relația cu mass-media. Excepție de la regulă fac următoarele cazuri:

- accesul delegațiilor cu acordul managerului, când aceștia vor fi însoțiti de manager, persoana responsabilă în relația cu mass-media sau persoane numite prin decizie de către manager;
- accesul delegațiilor altor ministere, numai dacă aceștia își asumă răspunderea pentru reprezentanții mass-media care îi însoțesc.

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

- Fișa personală a ziaristului/ ziariștilor propuși pentru a fi acreditați;
- Copie după carte de identitate a ziaristului/ ziariștilor;
- Declarație pe proprie răspundere a jurnalistului;
- Copie după legitimația de presă;

○ Motivația avută în vedere pentru solicitarea accesului în CBR. Dacă motivul pentru care solicită accesul mass-media în cadrul spitalului este acela de a intervieva un pacient se vor menționa toate detaliile considerate necesare, acestea urmând să fie prezentate pacientului în vederea obținerii în prealabil a acordului scris al acestuia.

(4) În baza documentelor prezentate de către ziarist/instituția de presă solicitantă, CBR va elibera, în termen de maximum 2 zile lucrătoare de la data depunerii actelor, acreditarea.

Refuzul acordării acreditației și/sau retragerea acreditației unui ziarist se comunică în scris și nu afectează dreptul organismului de presă de a obține acreditarea pentru un alt ziarist.

(5) Acordarea interviurilor în cadrul CBR se realizează numai de către manager, persoana responsabilă în relația cu mass-media, precum și de către alt personal din cadrul spitalului care are aprobarea managerului în acest sens, cu respectarea următoarelor reguli:

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

(6) Persoana responsabilă în relația cu mass-media va însoții reprezentanții mass-media în cazul în care aceștia doresc interviewarea unui pacient, dar va permite acest lucru numai după ce pacientul își va da în prealabil acordul în scris și strict în limitele acestuia, pentru interviewarea sa și să asistă pacientul pe tot timpul interviului. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicamentație, tratament sau cu privire la luarea unor interviuri sub formă audio/video sau suite de poze.

(7) După obținerea acreditării, persoana responsabilă în relația cu mass-media va transmite jurnalistului acreditat acceptul pacientului de a acorda interviul solicitat în cadrul spitalului, cu menționarea datei și intervalului orar în care pacientul a acceptat acest lucru.

(8) Persoana responsabilă în relația cu mass-media nu va fi tras la răspundere în cazul unor filmări cu camera ascunsă sau a unor interviuri înregistrate cu echipamente audio ascunse de către reprezentanții mass-media, împotriva voinței pacientului/pacienților interviewat/i.

(9) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la punctul de control-acces de la

intrarea spitalului. Agentul de pază al spitalului va solicita cartea de identitate a reprezentanților mass-media, ordinul de serviciu/legitimația de serviciu și va anunța persoana responsabilă în relația cu mass-media de prezența reprezentanților mass-media pe teritoriul spitalului. Accesul reprezentanților mass-media în spital se face numai pe baza legitimației de acreditare și a documentului de identitate, precum și cu acordul managerului spitalului. Agentul de pază al spitalului nu va permite intrarea reprezentanților mass-media în cadrul spitalului până când nu vor fi însoțiti de către persoana responsabilă în relația cu mass-media.

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

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

**Art.186.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate privind reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia sunt următorii:

- a) Număr de incidente privind accesul neautorizat al mass-media la date și informații cu caracter medical ale pacienților, în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Număr de incidente privind accesul neautorizat al mass-media la pacienți internați în cadrul CBR, în condițiile inexistenței unei aprobări în acest sens a conducerii spitalului cât și obținerii anterioare a acordului pacientului, în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Număr de reclamații ale pacienților în legătură cu accesul neautorizat la aceștia al mass-media, în ultimul an calendaristic încheiat;

## 18.9 Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

**Art.187.** (1) – În contextul în care conducerea CBR conștientizează că asociațiile reprezintă vocea pacienților și militează pentru schimbarea aspectelor care afectează viețile lor și pe ale celor din jurul acestora, reglementarea procesului de comunicare cu asociații ale pacienților are ca principale scopuri:

- a) de a sprijini dreptul pacienților la instrumente pentru îngrijirea sănătății și de a crește gradul de conștientizare cu privire la problemele care au un impact semnificativ asupra calității vieții comunităților locale;
  - b) de a oferi pacienților sprijin și oportunități de informare despre cum pot trăi cu afecțiunea pe care o au;
  - c) asociațiile de pacienți este necesar să constituie o „verigă de legătură” între personalul medical al CBR și pacienți, care să funcționeze în ambele sensuri: nu doar ca prin intermediul asociațiilor să aflăm problemele cu care se confruntă pacienții în tratarea afecțiunilor de care suferă, ci tot prin intermediul lor să transmitem pacienților noutățile din sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
  - d) de a susține campaniile de informare și educare, concepute pentru a atrage suportul publicului general, al profesioniștilor din domeniul medical și al autoritaților de reglementare.
- e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- Limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează CBR
  - Nerespectarea prevederilor normative în vigoare incidente constituirii Consiliului etic al CBR

(2) Comunicarea cu asociații ale pacienților se mai realizează și în cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic.

**Art.188.** (1) Etapele procesului de comunicare cu asociații ale pacienților presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Inițierea de către CBR de colaborări cu asociații ale pacienților se face la cererea scrisă a unor pacienți ai spitalului care sunt diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a respectivelor asociații, în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la primirea în acest sens a avizului Consiliului medical, în condițiile în care respectivele asociații sunt înscrise în *"Catalogul asociațiilor de pacienți"* care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății.
- b) În situația unui răspuns favorabil din partea respectivelor asociații, contractul / protocolul de colaborare încheiat cu acestea va avea ca obiect de activitate schimbul de informații necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează CBR
- c) Din oficiu, în situația în care în cadrul CBR datele statistice relevă la un moment dat o adresabilitate sporită din partea unor pacienți diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a unor asociații de pacienți înscrise în *"Catalogul asociațiilor de pacienți"* care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății, cu avizul Consiliului medical se va proceda la încheierea unor contracte/ protocoale de colaborare cu respectivele asociații, fără a fi necesar să existe anterior solicitări ale pacienților în acest sens.

(2) În cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic, managerul CBR este responsabil de invitarea asociațiilor de pacienți înscrise în registru în municipiul București, prin invitații transmise prin fax, e-mail sau scrisoare cu confirmare de primire și prin publicare pe site-ul spitalului. În vederea prezentării candidaturilor acestora, asociațiile de pacienți pot nominaliza un singur reprezentant, care trebuie să aibă domiciliul stabil în municipiul București. Desemnarea reprezentanților asociațiilor de

pacienți în Consiliul etic al CBR se realizează de către acestea conform prevederilor normative incidente în vigoare. În absenta unei candidaturi din partea asociațiilor de pacienți, Consiliul etic se consideră legal constituit.

**Art.189.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

a) Număr de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților raportat la numărul de cereri scrise ale pacienților în ultimul an calendaristic;

#### **18.10 Situațiile care impun comunicarea externă cu alte unități sanitare și administrative**

**Art.190.** Situațiile care impun comunicarea externă cu alte unități sanitare și administrative sunt:

a) Transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului;

b) Asigurarea continuității îngrijirilor în colaborare cu servicii de asistență socială.

c) Educația pacienților / aparținătorilor în parteneriat cu organizații de profil;

d) Comunicarea/colaborarea cu asociații ale pacienților;

e) Facilitarea la nivelul spitalului a posibilității asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului;

f) Acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale în colaborare cu organizații de profil;

g) Colaborarea cu organizații de profil pentru a prelua, dacă este cazul, câinii utilitari pe perioada internării pacienților cu dizabilități;

h) Colaborarea cu alte unități sanitare publice/specialiști externi instituției pentru situația în care pacienții solicită "a doua opinie medicală", inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate;

i) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română;

j) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui interpret mimico-gestual.

k) Colaborarea cu alte unități sanitare publice în caz de urgență;

l) Colaborarea cu instituții de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical;

m) Colaborarea cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București pentru calitatea de asigurat și acordarea pachetului de servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

#### **18.11 Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative**

**Art.191.** (1) Reglementarea procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative are ca principale scopuri:

a) Punerea la dispoziția unităților sanitare și administrative interesate, de canale de comunicare variate;

b) Asigurarea comunicării externe a spitalului care să răspundă atât nevoilor proprii cât și nevoilor partenerilor externi ai acestuia;

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

o Neasigurarea tuturor canalelor de comunicare necesare cu unitățile sanitare și administrative care să răspundă nevoilor proprii ale spitalului;

o Nereprezentarea spitalului în relațiile cu alte instituții.

**Art.192.** (1) Etapele procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Comitetul director definește în cadrul unei ședințe a acestuia situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative sau organizații de profil din domeniul de interes al spitalului, stabilind în acest sens „*Lista situațiilor care impun comunicarea externă a CBR cu alte unități sanitare și administrative*”.
- b) Modificarea și completarea „*Listei situațiilor care impun comunicarea externă a CBR cu alte unități sanitare și administrative*” revine în exclusivitate Comitetului director.
- c) Identificarea instituțiilor cu care se agreează a fi încheiate parteneriate / protocole / acorduri de colaborare pentru fiecare dintre situațiile menționate în „*Lista situațiilor care impun comunicarea externă a CBR cu alte unități sanitare și administrative*” și încheierea efectivă cu acestea a respectivelor parteneriate / protocole / acorduri de colaborare este de competența Comitetului Director. La încheierea respectivelor parteneriate / protocole / acorduri de colaborare se va urmări pe cât posibil ca acestea să fie încheiate pe perioade nelimitate (multianual), prin aplicarea prevederilor incidente în vigoare, după caz.

(2) Potrivit deciziei Comitetului director „*Lista situațiilor care impun comunicarea externă a CBR cu alte unități sanitare și administrative*” cuprinde următoarele situații:

- a) Transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului;
- b) Asigurarea continuării îngrijirilor în colaborare cu servicii de asistență socială.
- c) Educația pacienților / aparținătorilor în parteneriat cu organizații de profil;
- d) Comunicarea/colaborarea cu asociații ale pacienților;
- e) Facilitarea la nivelul spitalului a posibilității asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului;
- f) Acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale în colaborare cu organizații de profil;
- g) Colaborarea cu organizații de profil pentru a prelua, dacă este cazul, câinii utilitari pe perioada internării pacienților cu dizabilități;
- h) Colaborarea cu alte unități sanitare publice/specialiști externi instituției pentru situația în care pacienții solicită ”a doua opinie medicală”, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate;
- i) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română;
- j) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui interpret mimico-gestual.
- k) Colaborarea cu alte unități sanitare publice în caz de urgență;
- l) Colaborarea cu instituții de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical.
- m) Colaborarea cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București pentru calitatea de asigurat și acordarea pachetului de servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

**Art.193.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

- a) Număr de parteneriate / protocole / acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic pentru fiecare dintre situațiile menționate în „*Lista situațiilor care impun comunicarea externă a CBR cu alte unități sanitare și administrative*”.
- b) Număr de parteneriate / protocole / acorduri de colaborare în vigoare pentru fiecare dintre situațiile menționate în „*Lista situațiilor care impun comunicarea externă a CBR cu alte unități sanitare și administrative*”.

## **18.12 Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz**

**Art.194.** Reglementarea procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal are ca principale scopuri:

- a) asigurarea condițiilor pentru un management eficient al resursei umane și adaptarea la solicitările mediului;
- b) îmbunătățirea performanțelor profesionale individuale;
- c) creșterea eficienței organizaționale;
- d) creșterea calității vieții personalului;
- e) diminuarea efectelor manifestărilor psihocomportamentale relateionate cu stresul și evenimentele traumatice.
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - scăderea calității vieții personalului;
  - menținerea unor potențiale efecte ale manifestărilor psihocomportamentale relateionate cu stresul și evenimentele traumatice;
  - scăderea moralului la nivel individual și organizațional;
  - diminuarea coeziunii la nivel organizațional;
  - existența și/sau persistența unor complicații ale reacțiilor la stres operațional, a manifestărilor psihocomportamentale disfuncționale/dezadaptative și evoluția unor tulburări psihice.

**Art.195.** În cadrul CBR activitatea de asistență psihologică este asigurată de un psiholog extern cu drept de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor și cu atestat de liberă practică în specialitatea "psihologie clinică", care își desfășoară activitatea în baza unui contract de prestări servicii și conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

**Art.196.** (1) Activitatea de asistență psihologică constă în evaluarea psihologică a resursei umane și intervenția psihologică specializată.

(2) Psihologul poate identifica anumite categorii comune de obiective ale procesului consilierii:

- a. schimbarea comportamentală - este o condiție a optimizării personale, a posibilității de a trai mai bine în mediul familial, profesional și social. Beneficiarul este ajutat să gasească modalitățile în care să traiască mai bine, să funcționeze la un nivel mai bun de performanță, să dobandească mai mult, să aibă un potential mai ridicat;
- b. dezvoltarea capacitaților adaptative - adaptarea la noile situații, la situațiile de viață actuale, presupune reactivarea capacitaților adaptative și remanierea unor comportamente dobandite în trecut;
- c. dezvoltarea capacitaților decizionale - psihologul nu va lua decizii în locul persoanei consiliante, ci o va susține pentru a lua cea mai bună decizie. Beneficiarul va învăța să inteleagă cum și de ce angajează o decizie, să aproximeze cât mai bine consecințele în termeni de risc, timp, costuri, energie. Scopul consilierii constă în a identifica factorii afectivi, rationali și de personalitate care interferă cu procesul decizional și maniera în care o fac;
- d. îmbunătățirea relațiilor interpersonale - majoritatea indivizilor întâmpină dificultăți în relațiile lor cu ceilalți, cu efecte nedorite în contextul familial, de cuplu, profesional, etc. Dificultățile au cauze variate, imaginea de sine jucând un rol important, intrucât determină modalități defensive de relație. De aceea consilierea se va centra atât pe îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți cât și cu sine;

e. dezvoltarea potentialului beneficiarului – se centreaza pe invatarea modalitatilor prin care acesta sa-si poata folosi maximal abilitatile de care dispune. Aceasta presupune intarirea libertatii de manifestare a beneficiarului in cadrul sau specific si totodata a capacitatii de control a acestui mediu.

(3) Relatia de consiliere este o relatie care ajuta persoana consiliata sa se inteleaga pe sine astfel incat sa fie capabila sa se adapteze eficient la solicitari. Psihologul va manifesta empatie, sinceritate, acceptarea neconditionata fata de persoana consiliata si va respecta codul deontologic.

**Art.197.** (1) Psihologul desfasoara urmatoarele tipuri de activitati:

- a) studiul comportamentului uman si al proceselor mentale;
- b) investigarea si recomandarea cailor de solutie a problemelor psihologice;
- c) elaborarea si aplicarea de teste pentru masurarea inteligeniei, abilitatilor, aptitudinilor si a altor caracteristici umane;
- d) testarea psihologică, preventia si psihoterapia tulburărilor emotionale si de personalitate, precum si a fenomenelor de inadaptare la mediul social si profesional;
- e) interpretarea datelor obtinute si elaborarea recomandarilor pe care le considera necesare;
- f) consiliere psihologică;
- g) intocmește un „Raport de psihodiagnostic și evaluare clinică” pentru fiecare persoană care a beneficiat de asistență psihologică, conform formularului prevazut în **Anexa la prezentul Regulament**

(2) De regulă, modalitatea de asigurare a suportului psihologic presupune respectarea urmatoarelor etape:

- a) se comunica personalului locul, data si ora intalnirii cu psihologul;
- b) se solicita personalului evaluat sa completeze formularul de “Acord liber consimtit” prevazut in **Anexa la prezentul Regulament**;
- c) se efectueaza evaluarea psihologică propriu-zisă, cu asigurarea conditiilor prevazute de alineatul urmator;
- d) se elaboreaza un raspuns la cererea formulata, precum si un “Plan de interventie psihologică”, după caz;
- e) se comunica rezultatul angajatului, precum si celui care a facut solicitarea/ managerului spitalului;
- f) la nevoie se asigura monitorizare, consiliere si/sau psihoterapie, după caz si se programeaza o reevaluare după un interval de timp (variabil intre o lună si 6 luni), functie de particularitatile cazului;
- g) psihologul intocmește un raport de psihodiagnostic după fiecare etapă, care se anexeaza la dosarul personal al angajatului păstrat la nivelul cabinetului psihologic. Acesta cuprinde: numele si prenumele persoanei diagnosticate, data si motivul evaluării, motivul evaluării, istoric, instrumente utilizate in evaluare, concluzii si recomandari si va fi asumat prin semnatură de către psiholog.

(3) Conditiiile de desfăsurare a asistenței psihologice trebuie să asigure:

- a) dreptul la intimitate al beneficiarului serviciilor psihologice;
- b) calitatea si autenticitatea manifestarilor psihocomportamentale ale persoanei;
- c) integralitatea si confidențialitatea datelor si informatiilor cu caracter profesional.

(4) Psihologul asigura suport psihologic in urmatoarele situatii:

- la solicitarea scrisa a angajatului;
- la solicitarea scrisa a sefului direct, avizata de catre manager;
- la solicitarea scrisa a medicului de medicina muncii;
- la solicitarea managerului.

**Art.198.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

- a) În toate situațiile se respectă prevederile normative incidente și etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcție de particularitățile cazului;
- b) Număr de evaluări și/sau intervenții psihologice într-un an calendaristic.

### **18.13 Modul de respectare a intimității pacientului**

**Art.199.** (1) Reglementarea procesului de respectare a intimității pacientului are ca principale scopuri:

- a) Asigură respectarea prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile la intimitate a pacientului (pe tot timpul perioadei de spitalizare și a îngrijirilor acordate);
- b) Dispune în sarcina personalului CBR obligația privind dreptul pacienților la respect ca persoane umane, fără nici o discriminare;
- c) Asigură păstrarea confidențialității tuturor informațiilor privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale chiar și după decesul acestuia;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.200.** (1) În cadrul CCBR, pe parcursul perioadei de spitalizare, respectarea intimității pacientului presupune derularea de către întregul personal implicat în îngrijirea pacienților a următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Izolarea vizuală a pacientului prin utilizarea în mod ușual de paravane mobile/perdele în spații de consult, de tratament, saloane etc.;
- b) Utilizarea de saloane cu un număr cât mai redus de paturi în care se asigură internarea separată a pacienților funcție de sexul acestora;
- c) Utilizarea după caz a unui sistem de semnalizare luminoasă sau a unei alte modalități funcționale de blocare a accesului în timpul consultației, efectuării unei investigații sau a unei proceduri medicale;
- d) Utilizarea spațiilor amenajate special pentru consultații individuale, existente la nivelul camerei de gardă;
- e) Utilizarea de cabine de duș compartimentate;
- f) Utilizarea de cabine WC pentru persoane cu handicap în măsura existenței acestora la nivelul spitalului;
- g) Utilizarea de cabine/spații echipare/dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele);

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

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit Reglementării „*Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia*” din prezentul Regulament.

(4) Pentru asigurarea intimității pacienților implicați în procesul de învățământ medical, personalul medico-sanitar din cadrul CBR aplică în mod obligatoriu prevederile Reglementării „*Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare*” din prezentul Regulament.

*audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale” din prezentul Regulament.*

(5) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia. Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

(6) Personalului medico-sanitar implicat în activitatea de asistență medicală îi este interzis orice amestec în viața privată, familială a pacientului, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

**Art.201.** Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

- a) număr de cabine WC cu uși per număr de paturi pe secție;
- b) număr saloane cu 1–2 paturi și număr saloane cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu pe fiecare secție;
- c) numărul cabinelor de duș cu uși pe secțiile cu spitalizare continuă per numărul de paturi spitalizare continuă (inclusiv starea fizică, curătenie);
- d) Număr de paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale ale spitalului;
- e) număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor referitoare la respectarea intimității pacientului.

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

**Art.202.** Reglementarea procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea dreptului garantat la asistență medicală a persoanelor private de libertate (aflate în perioada de detenție sau arest preventiv);
- b) Descrierea modalității în care personalul medical din cadrul CBR furnizează asistență medicală pacienților privați de libertate;
- c) Asigurarea de către spital a condițiilor de securitate a personalului medical și a celorlalți pacienți ai spitalului, în timpul acordării asistenței medicale pacienților privați de libertate.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Încălcarea drepturilor pacientului privat de libertate astfel cum sunt acestea prevăzute de legislația incidentă în vigoare;
  - Agravarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate;
  - Incidente de securitate legate de acordarea asistenței medicale pacienților privați de libertate;
  - Acționarea în instanță a instituției cu impact negativ în mass-media.

**Art.203.** (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor private de libertate este garantat. Persoanele private de libertate beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, din fondurile unităților din sistemul administrației penitenciare, aprobată cu această destinație, și din alte surse, potrivit legii. De asigurarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate sunt responsabile administrația penitenciară și structurile sanitare publice, inclusiv CBR, în baza relațiilor contractuale pe care le au cu o casă de asigurări de sănătate.

(2) Persoanele private de libertate, care se adresează CBR în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

(3) Pacienții privați de libertate beneficiază de asistență medicală în cadrul CBR în camera de gardă, secțiile medicale, cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat, structura de spitalizare de zi și Laboratorul de recuperare, medicină fizică și balneologie.

**Art.204.** În cursul spitalizării se acordă servicii medicale preventive, curative și de recuperare. Etapele procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prezentarea pacienților privați de libertate: Aceștia vor fi aduși la consultații de specialitate la indicațiile și cu mijloacele de transport stabilite de către medicul instituției care deține custodia acestora. Acești pacienți vor fi însoțiți de către personal de pază aparținând instituției care trimite pacientul. Personalul care însorește pacientul poartă întreaga responsabilitate privind securitatea pacienților, având obligația de a asigura în același timp protecția personalului medico-sanitar și auxiliar sanitar din cadrul CBR (care intră în contact cu respectivul pacient), precum și de a sprijini comunicarea acestuia cu pacientul. Pacienții vor fi prezenți împreună cu documentația medicală necesară consultului medical și eventual a internării acestora (bilet de trimitere, documente medicale care fac dovada istoricului bolii etc.). **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul persoanei private de libertate.**

b) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni cronice: Consulturile de specialitate pentru pacienții cu afecțiuni cronice se efectuează în cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat al spitalului, în timpul programului normal de funcționare al acestuia, pe baza programărilor prealabile efectuate de către personalul medical al instituției care deține custodia pacienților. Responsabilitatea privind prezentarea pacienților la data și ora programării revine instituției care trimite pacienții la respectivele consultații.

c) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni acute sau cronice acutizate: Aceasta se realizează în cadrul camerei de gardă a CCBR în regim permanent. În eventualitatea în care patologia pacienților depășește sfera specialității reumatologie a personalului medical din cadrul CCBR, pacienții vor fi redirecționați, direct către unitățile sanitare competente pentru soluționarea cazului. Transferul pacienților către alte unități sanitare se va efectua cu mijloace de transport aparținând instituției care deține custodia pacienților.

d) Internarea pacienților:

i. Pacienții privați de libertate vor fi internați în CCBR atunci când starea lor de sănătate necesită tratament medical de urgență care depășește ca limită de timp durata unei internări de zi. Pacienții cu afecțiuni cronice/subacute a căror internare poate fi temporizată fără a pune în pericol viața sau sănătatea pacientului, vor fi redirecționați către unitățile sanitare din rețeaua sistemului penitenciar.

ii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă a persoanelor private de libertate se acordă în baza biletului de internare, având stampila unității, eliberat de către medicul unității, consecință a actului medical propriu, la recomandarea medicului specialist, prin decizie a organului juridiciar, sau în caz de urgență medicală. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

➤ urgențe medicale;

- afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

iii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi se acordă de către medicul curant, în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu;
- afecțiunile care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi: cele prevăzute în normele de aplicare a contractului cadru aprobate pentru anul în curs pentru specialitatea reumatologie

iv. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinde:

- servicii medicale – consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice;
- servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni cronice;

v. În cazul internării pacienților privați de libertate în CBR, se vor asigura următoarele condiții, ținând cont de reglementările privind paza acestor pacienți, care prevăd că în afara sistemului penitenciar deținutul trebuie să fie imobilizat în cătușe și supravegheat de cel puțin un gardian:

- În măsura posibilităților acești pacienți vor fi internați singuri într-o rezervă separată, sub supravegherea permanentă a personalului unității care deține custodia acestor pacienți. Personalului de pază i se va permite accesul în imediata vecinătate a pacientului, în funcție de procedurile medicale desfășurate.
- Dacă nu se pot asigura condițiile de mai sus, pacienții vor fi internați, sub supravegherea permanentă a personalului unității care deține custodia acestor pacienți, într-un salon cu cât mai puțini pacienți posibil.

vi. Persoanele private de libertate pot solicita contra cost orice alt serviciu care nu este asigurat gratuit. Persoanele private de libertate cu vârstă de peste 18 ani au dreptul să refuze o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia lor; consecințele refuzului sau ale intreruperii actelor medicale sunt explicate pacientului. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență consumământul acestuia nu mai este necesar.

vii. Nicio persoană privată de libertate nu poate fi supusă, nici chiar cu consumământul său, vreunui experiment științific sau medical. Pe parcursul executării pedepsei privative de libertate, persoanele private de libertate nu pot fi donatoare de sânge sau de organe decât pentru membrii de familie până la gradul al IV-lea.

viii. În cazul în care la examenul medical se constată că persoana privată de libertate prezintă semne de violență sau declară că a fost supusă la reale tratamente, medicul are

obligația de a consemna în fișa medicală cele constatate și de a anunța conducerea unității, care sesizează de îndată procurorul.

ix. În cazul decesului unei persoane private de libertate, personalul medico-sanitar informează directorul penitenciarului și Direcția medicală din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor în ceea ce privește împrejurările producerii acestuia, cu respectarea reglementărilor incidente aplicabile în CBR. Autopsia medico-legală este obligatorie și se efectuează de către medicul legist care întocmește și certificatul constatator al morții. În termen de 24 de ore se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor un referat medical privind modul în care s-a produs decesul și îngrijirile medicale acordate anterior decesului. În termen de 10 zile de la deces se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor dosarul de deces, care cuprinde următoarele documente:

- Copia fișei medicale emisă de către autoritatea / instituția care exercită custodia asupra persoanei private de libertate,
- Copia folii de observație clinică, emisă de către CCBR;
- Copia certificatului constatator al morții, emisă de către CCBR.

e) Externarea pacienților:

i. După rezolvarea situațiilor de urgență și stabilizarea pacienților privați de libertate, externarea acestora se poate realiza fie către instituția care deține custodia lor, fie către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății) în funcție de nivelul sau tipul îngrijirilor medicale necesare în continuare. În situațiile în care recuperarea completă necesită internare de lungă durată, medicul curant – sprijinit de către conducerea CBR - va contacta instituțiile abilitate și va demara procedurile pentru transferul pacientului către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății).

ii. Externarea/transferul pacientului privat de libertate se va realiza după înștiințarea în prealabil a unității care deține custodia acestuia, cu minim 24 ore înainte de efectuarea propriu-zisă a externării.

f) La externare pacienții vor fi însoțiți de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igieno-dietetice după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare.

**Art.205.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate sunt următorii:

- a) Procentul pacienților privați de libertate care s-au adresat cu programare CBR din totalul pacienților spitalului, în ultimul an calendaristic;
- b) Procentul pacienților privați de libertate internați prin camera de gardă, din totalul pacienților internați în CBR, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul de incidente cauzate de pacienții privați de libertate din totalul incidentelor produse la nivelul CBR, în ultimul an calendaristic;
- d) Numărul de reclamații cauzate de neasigurarea de către personalul medico-sanitar al CBR a drepturilor de asistență medicală pentru pacienții privați de libertate, în ultimul an calendaristic.

## **18.15 Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale**

**Art.206.** (1) Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale are ca principale scopuri:

- a) Descrie modalitatea implicării personalului CBR în rezolvarea cazurilor cu probleme sociale care pot afecta procesul de îngrijire;
- b) Asigurarea furnizării de asistență medicală pacienților cu probleme sociale;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Neacordarea asistenței medicale pacienților cu probleme sociale;
  - Agravarea stării de sănătate a persoanelor cu probleme sociale;
  - Neasigurarea continuităților îngrijirilor de sănătate pentru persoanele cu probleme sociale;
  - Implicații financiare cu impact negativ pentru CBR determinate de spitalizarea îndelungată a persoanelor cu probleme sociale, cauzate de: imposibilitatea decontării serviciilor medicale și de suport prestate, inexistența unor spații dedicate etc.);
  - Risc de imagine în mass-media pentru CBR.

**Art.207.** (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor cu probleme sociale este garantat. Persoanele cu probleme sociale beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și din alte surse, potrivit legii.

(2) Persoanele cu probleme sociale, care se adresează CBR în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

**Art.208.** În cursul spitalizării pacienților cu probleme sociale se acordă, după caz, servicii medicale preventive, curative și de recuperare. Asigurarea asistenței medicale pentru cazurile cu probleme sociale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În momentul prezentării la camera de gardă a unui pacient cu probleme sociale, persoana care întocmește foaia de observație anunță medicul de gardă despre prezența unei astfel de persoane.
- b) Medicul de gardă solicită pacientului date referitoare la nume, prenume, documentele pe care le are asupra sa, date despre familie, rude, prieteni sau orice altă persoană de contact cu care se poate lăsa legătura.
- c) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul de gardă solicită ajutorul poliției în vederea identificării respectivului pacient.
- d) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul de gardă încearcă contactarea unui membru al familiei sau a unei rude apropiate a respectivului pacient, verificându-se cu această ocazie dacă acesta are calitatea de asigurat.
- e) În cazul în care nici un aparținător nu poate fi localizat, se înștiințează inițial telefonic, apoi prin un raport scris, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului aceasta având obligația instituită de prevederile normative în vigoare de a asigura măsurile necesare pentru protecția în regim de urgență a persoanei adulte aflate în nevoie, inclusiv prin organizarea și asigurarea funcționării în structura proprie a unor centre specializate.
- f) În paralel cu activitățile de identificare a pacientului cu probleme sociale, a rudelor/aparținătorilor acestuia și de contactare a autorităților cu responsabilități în acest sens, personalul medico-sanitar din cadrul camerei de gardă asigură serviciile de asistență

medicală de specialitate necesare respectivului pacient, în funcție de necesitățile impuse de starea de sănătate a acestuia, până la preluarea pacientului de către persoana desemnată din cadrul serviciului de asistență socială. **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul pacientului cu probleme sociale.**

g) În situația în care la data prezentării la camera de gardă a unui pacient cu probleme sociale CBR are încheiat și este în vigoare un parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistență socială în vederea asigurării continuității îngrijirilor pentru persoane cu probleme sociale, medicul de gardă/curant aplică prevederile respectivului parteneriat/protocol de colaborare.

h) La externare pacienții cu probleme sociale vor fi însoțiti de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igieno-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare

**Art.209.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de rezolvarea a cazurilor sociale:

- Numărul persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului din numărul total al pacienților, în ultimul an calendaristic
- Numărul persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului preluate de serviciul de asistență socială, în ultimul an calendaristic.

#### **18.16 Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice**

**Art.210.** (1) Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice are ca principale scopuri:

- Stabilește traseul pacientului în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.
- Dispune în sarcina personalului CBR responsabilități privind asigurarea continuității asistenței psihologice pentru pacienți după externare.
- Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;
- Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - generarea de costuri de noncalitate cum ar fi întârziere în punerea diagnosticului, neînțelegerea diagnosticului de către pacient, lipsa de complianță la tratament și/sau regim igienico-sanitar ;
  - pierdere de timp în stabilirea conduitei terapeutice și prelungirea duratei de spitalizare;
  - reducerea riscului potențial de confuzie care poate duce la evenimente adverse asociate asistenței medicale, inclusiv decesul pacientului.

**Art.211.** (1) Modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice presupune derularea următorelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- Imediat după internarea pacienților, medicii curanți efectuează anamneza fiecărui dintre aceștia, având obligația de a observa și consemna în FOCG/FSZ particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice decelate ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale.

b) În realizarea planului de management pentru fiecare dintre pacienții tratați, medicii curanți trebuie să țină seama că traseul pacienților cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice este necesar să fie stabilit ținând seama de acestea. Particularitățile psihocomportamentale care pot fi considerate de interes la pacienții internați sunt acele modificări comportamentale, cognitive și afective, preexistente sau apărute pe parcursul internării, care interferează cu actul medical generând efecte negative asupra sănătății pacientului, sau/și a personalului de îngrijire cum ar fi:

- refuzul de a efectua anumite proceduri medicale indicate de medic,
- dificultăți de înțelegere a recomandărilor medicale,
- complianță scăzută la tratament
- autoagresiune,
- ideeație suicidară,
- heteroagresivitate etc.

c) Semnalarea fiecărui dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice se face de către medicul curant, care va solicita în scris, în FOCG/FSZ/registrul camera de gardă și va anunța verbal psihologul, în cel mai scurt timp (în funcție de gravitatea situației) despre necesitatea unei evaluări psihocomportamentale și socioeconomice.

d) Psihologul programează pacientul pentru ședința de evaluare luând în considerare gravitatea situației. Astfel, în caz de urgență (ideeație suicidară și/sau agresivitate) ședința de evaluare va fi programată astfel încât să se desfășoare în cel mai scurt timp posibil, iar programarea cazurilor care nu prezintă o urgență se va face în funcție de locurile disponibile în program pentru restul situațiilor.

e) Modalitatea de asigurare a evaluării psihologice de către psiholog presupune parcurgerea următoarelor etape:

- i. Medicul curant comunică pacientului locul, data și ora întâlnirii convenită cu psihologul;
- ii. Evaluarea psihologică are loc în cabinetul de psihologie sau în salonul în care este cazat pacientul dacă acesta este nedeplasabil;
- iii. Psihologul solicită acordul scris pentru fiecare ședință de evaluare psihologică și pentru ca rezultatele să fie aduse la cunoștința medicului curant, pacientul completând în acest sens un formular de "Acord liber consimtit privind evaluarea psihologică a pacientului", potrivit modelului prevăzut de **Anexa la prezentul Regulament**. Formularul/formularele de acord semnat/e de pacient este/sunt atașat/e ulterior la FOCG/FSZ/registrul camera de gardă.
- iv. Excepție de la obținerea acordului scris pot fi situațiile în care pacientul prezintă anumite particularități psihocomportamentale care atrag după sine o comunicare dificilă și pun în pericol propria integritate și/sau a terților. În acest caz se face asistență psihologică fără obținerea acordului scris și/sau verbal în prezența medicului curant.
- v. În situația în care starea pacientului depășește competența psihologului se redirecționează cazul spre medicul psihiatru cu care CCBR are acord de colaborare.
- vi. Evaluarea/asistența psihologică a pacientului se realizează de către psiholog asigurându-se dreptul la intimitate, respectarea confidențialității datelor și informațiilor cu caracter personal.

f) În evaluarea/asistența psihologică realizată psihologul va lua în considerare situația socioeconomică a pacientului (aceasta putând fi un factor agravant/acutizant a comportamentului psihocomportamental), îndeosebi elemente care privesc:

- i. Mediu de proveniență (urban / rural)
- ii. Comportamente ale populației în raport cu anumiți factori (consum de alcool, tutun, droguri etc, sedentarism s.a.)
- iii. Stare socio-economică (grad de sărăcie, nivel educațional etc)
- iv. Caracteristici de comunitate (traiul pacientului în comunități defavorizate, persoane instituționalizate, apartenența pacientului la anumite comunități religioase)

g) În urma evaluării/asistenței psihologice realizate psihologul elaborează un răspuns aferent fiecărei ședințe de evaluare psihologică care se înscrie în *"Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică"* (conform modelului prevăzut în **Anexa Ia prezentul Regulament**) care se atașează la FOCG/FSZ/ Registrul camera de gardă alături de semnatura și parafa psihologului.

h) Asistența psihologică în cadrul CBR se realizează pe 2 (două) palieri după cum urmează:

- Asistență psihologică desfășurată în una sau mai multe ședințe
- Evaluare psihologică inițială cu redirecționarea cazului spre medicul psihiatru cu care CCBR are acord de colaborare.

Pacienții minori pentru care se constată necesitatea unui consult în specialitatea psihatrie pediatrică vor fi redirecționați către un medic de proximitate confirmat în respectiva specialitate.

i) În mod obligatoriu recomandările înschise de psiholog în *"Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică"* vor fi avute în vedere de către medicul curant în realizarea planului de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.

j) Funcție de evoluția avută pe timpul internării de către fiecare dintre pacienții cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și de răspunsul acestora la ședințele de evaluare/asistență psihologică, psihologii vor preciza în *"Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică"* eventuale recomandări pentru asigurarea continuității asistenței psihologice pentru toți pacienții, după externare.

k) Semestrial psihologul din cadrul CBR va înainta într-o primă etapă Consiliului medical o *"Analiză semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice"* iar eventualele propunerile de măsuri adoptate în consecință vor fi transmise, după caz, Comitetului director al spitalului. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

**Art.212.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic cauzate de erori de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socio-economice;

b) numărul de solicitări scrise în FOCG/FSZ/Registrul camera de gardă ale medicilor curanți prin care aceștia semnalează fiecare dintre cazurile cu particularități

psihocomportamentale și socioeconomice, în raport de numărul de astfel de cazuri preluate efectiv de către psihologi în ultimul an calendaristic.

## 18.17 Comunicarea în situații deosebite/excepționale

**Art.213.** Reglementarea procesului de comunicarea în situații deosebite/excepționale are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitatea de comunicare specifică între profesioniști în cadrul spitalului în cazul producerii unor situații de urgență: dezastre, calamități, accidente, sabotaj ori alte situații deosebite/excepționale.
- b) Asigură crearea unor deprinderi corecte de prevenire și reacție la hazarduri.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Întârzierea răspunsului la situații deosebite/excepționale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
  - Apariția pagubelor sau victimelor în situații deosebite/excepționale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
  - Prejudicii de imagine a instituției determinate de o comunicare necorespunzătoare în situații deosebite/excepționale

**Art.214.** (1) Situațiile deosebite/excepționale sunt situații de urgență, incluzând aici și protecția civilă și apărarea împotriva incendiilor. Situațiile de urgență reprezintă evenimente produse pe neașteptate care prin posibilele consecințe poate afecta viața, valorile, bunurile materiale și valorile sociale, iar pentru contracararea acestora este nevoie de luarea de măsuri urgente și angajarea resurselor materiale și umane avute la dispoziție.

(2) O comunicare adecvată este vitală pentru creșterea capacitatii de răspuns a spitalului la aceste situații, aceasta contribuind la realizarea următoarelor obiective:

- a) planificarea și implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situațiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea și eficientizarea comunicării atât între structurile CBR, dar și cu mass-media și populația afectată.
- b) stabilirea unor reguli cu scopul de a eficientiza comunicarea și de a preveni difuzarea unor informații contradictorii;
- c) comunicarea eficientă în timpul și după producerea situației de urgență;
- d) furnizarea cadrului normativ pentru dezvoltarea asigurarea resurselor necesare comunicării eficiente în timpul unei situații de urgență;
- e) dezvoltarea capacitatii instituționale de a planifica și de a gestiona comunicarea privind hazardele și situațiile de risc, prin integrarea comunicării la toate nivelurile și prin stabilirea/delimitarea responsabilităților;
- f) stabilirea mijloacelor de comunicare utilizate în situații de urgență;
- g) transmiterea în timp util a informațiilor necesare luării celor mai adecvate măsuri de protecție;
- h) asigurarea unității de mesaj la toate nivelurile implicate în managementul situației de urgență respective;
- i) creșterea capacitatii de acțiune a personalului propriu și a populației prin informare, în scopul prevenirii producerii situațiilor de urgență, dar și în scopul autoapărării;
- j) creșterea nivelului de înțelegere privind risurile majore, precum cutremure, inundații, alunecări de teren, și a capacitatii individuale de reacție în situații de urgență pentru personalul spitalului;

k) dezvoltarea unei colaborări reale cu societatea civilă și implicarea acesteia în mod planificat în programele de informare și voluntariat.

(3) Situațiile de urgență care necesită o comunicare specială se referă la:

a) Hazardurile (astfel cum sunt acestea definite potrivit prevederilor H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență) produse în apropierea CBR sau în zona de acoperire a acestuia (București-Ilfov):

○ Hazardurile naturale determinate de:

- interacțiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali și antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcții, șosele, căi ferate;
- modificările climatice legate de tendințele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea și frecvența hazardurilor, dar și la apariția unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deșertificarea;
- epidemii/epizotii/zoonoze, dar și cu amenințări de pandemii (exemplul elovente sunt pandemia cu virusul SARS-CoV2 în anul 2020, neuroinfecția West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariția infecției gripale cu un nou serotip gripal sau amenințarea epidemiei de gripă aviară H5N1)

○ Hazardurile hidrologice:

- viituri și inundații;
- alunecări de teren determinate de viituri și inundații;

○ Hazardurile seismice

○ Hazardurile tehnologice produse de:

- erorile de proiectare a instalațiilor industriale, de gradul ridicat de uzură al acestora și/sau de managementul defectuos practicat de proprietarii acestora;
- transportul substanțelor periculoase;
- ruperi de baraje sau explozii ale unor instalații cauzate de factori naturali;

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

○ Evenimentele sau accidentele din industria chimică;

○ Evenimentele sau accidentele determinate de gradul ridicat de uzură sau proiectarea necorespunzătoare a instalațiilor din industria energetică și din rețea de distribuție și transport al hidrocarburilor;

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

○ Evenimentele sau accidentele la construcțiile hidrotehnice cauzate de cedarea parțială sau distrugerea digurilor și a barajelor, care pot fi produse de viituri puternice și sunt urmate de inundații cu efecte devastatoare;

○ Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.

b) Căderi de obiecte cosmice

c) Eșecul utilităților publice

d) **Situații medicale deosebite care necesită comunicare specifică, pot fi de următoarea natură:**

○ Cazuri medicale ce implică patologii rare;

○ Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizate;

- Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate din anumite motive (de exemplu: supraaglomerări ale unităților sanitare din zona de acoperire a spitalului);
  - Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
  - Morți subite
- e) Atacuri teroriste
- f) Exerciții în caz de alarmare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/partială, demobilizare, război.

**Art.215.** Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/excepționale sunt următoarele:

- a) Orice persoană din cadrul spitalului care ia cunoștință despre o situație deosebită/de urgență comunică de îndată această situație managerului/medicului de gardă pe unitate, personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;
- b) Medicul de gardă ia cunoștință despre situația deosebită/de urgență, prin primirea informației din partea personalului angajat din cadrul unității sau prin mijloacele de mass-media și, funcția de context, verifică veridicitatea informației și încearcă ca în cel mai scurt timp posibil să adune cât mai multe informații despre evenimentul semnalat, luând ulterior următoarele măsuri:
  - raportează managerului/înlocuitorului legal al managerului rezultatele primei evaluări;
  - la ordinul managerului, în funcție de evenimentul semnalat, pune în aplicare planul de înștiințare și aducere la unitate după caz, a personalului CBR – în afara orelor de program;
  - Convocarea întregului personal al spitalului se realizează după caz, prin lanțul de anunțare întocmit din timp și care este adus la cunoștința întregului personal.
- c) Anual, prin decizia managerului se nominalizează un responsabil de comunicarea cu mass-media în situații de criză sau **purtatorul de cuvânt**.
- d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele CBR și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este principala persoană de contact pentru mass-media și, în același timp, "vocea" CBR pentru situații de urgență în cadrul conferințelor de presă și în interviurile media.
- e) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză se va asigura ca următoarele reguli vor fi respectate:
  - toți comunicatorii primesc același mesaj în timp util;
  - informația este distribuită la nivelul tuturor instituțiilor implicate;
- f) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este subordonat managerului CBR, fiind direct responsabil de conținutul și calitatea informațiilor făcute publice.
- g) În mod obligatoriu, în situații deosebite/excepționale, după adunarea și verificarea informațiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:
  - informația trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile și întreg personalul;
  - conferințele de presă se vor organiza cât mai curând posibil, dar numai după verificarea informațiilor, precum și în cazul în care apar informații noi;
  - comunicatele de presă trebuie să reprezinte instrumentul principal de informare atât pentru presă, cât și pentru instituții;

- solicitările mass-media care nu fac obiectul domeniului de responsabilitate al CBR, trebuie transferate purtătorului de cuvânt al ministerului sau instituției abilitate să raspundă în acea problemă;
- h) Strategia de comunicare ea mai adecvată în situații deosebite/excepționale trebuie să fie una proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecarii categorii de public și diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculațiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariției unor incidente neprevăzute, strategia adoptată este aceea a informării categoriilor de public-țintă în timp real doar de către persoanele abilitate, cu respectarea regulilor menționate mai sus.
- i) În organizarea conferințelor de presă și colaborarea cu mass-media (inclusiv pentru comunicarea postdezastru) se vor respecta/adapta, după caz, regulile instituite prin Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 632/2008 privind implementarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență și a „*Ghidului și principalele activități de comunicare în timpul situațiilor de urgență*” instituit de H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență.
- j) Pentru fiecare dintre hazardurile menționate la art. 2 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajați ai spitalului cât și către mass-media, vor conține, după caz, informații privind aspectele-cheie prevăzute la pct. IV.D din H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență.
- k) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de manager la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/excepționale. În acest context, la producerea oricarei dintre situațiile deosebite/excepționale prevăzute de prezența reglementare, directorul medical convoacă în regim de urgență Consiliul medical care propune luarea de măsuri funcție de situația concretă.
- l) De asemenea, Consiliul medical se întrunește în regim de urgență în vederea analizei și luării de decizii pentru fiecare dintre situațiile medicale deosebite care necesită comunicare specifică menționate în prezentul Regulament.

**Art.216.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/excepționale sunt următorii:

- a) Număr persoane afectate, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență;
- b) Pierderi materiale, exprimate în lei, datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență;
- c) Numărul posturilor de specialitate și al posturilor stabilite cu atribuții suplimentare de comunicare și informare publică în cadrul spitalului abilitate în managementul și gestionarea situațiilor de urgență;
- d) Numărul de exerciții în domeniu, desfășurate de către spital în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat;
- e) Numărul de planuri și proceduri proprii de comunicare adoptate/revizuite, în ultimul an calendaristic, în cadrul CBR, care privesc managementul și gestionarea situațiilor de urgență.

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

**Art.217.** Reglementarea accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare are ca principale scopuri:

a) Utilizarea la nivelul spitalului de proceduri unitare privind asigurarea confidențialității pacienților și stabilirea de măsuri în vederea verificării respectării acestora de către personalul medical;

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

- Neasigurarea confidențialității pacienților aspect care poate atrage acționarea în judecată a spitalului și/sau a personalului acestuia;
- Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.218.** (1) Etapele procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Personalul medico-sanitar din cadrul CCBR sau din afara acestuia care dorește să aibă acces și să utilizeze baza de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii (inclusiv de nursing), analize, documentare, va depune la secretariatul CCBR o cerere scrisă în acest sens, în care va menționa documentele medicale (suport hârtie sau electronic) la care dorește să aibă acces, perioada pentru care solicită accesul (aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile calendaristice) și motivul solicitării.

b) Persoana care deservește secretariatul prezintă, în maxim 24 ore, spre aprobare, managerului CCBR, cererea de studiere a documentelor medicale.

c) Pentru personalul medico-sanitar din cadrul CCBR care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se avizează de către șeful ierarhic al acestuia, directorul medical și se aprobă de către managerul CBR care, în rezoluție, va desemna în sarcina statisticianului punerea la dispoziția solicitantului a documentelor solicitate.

d) Pentru personalul medico-sanitar din afara CCBR care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se aprobă, după caz, de către managerul CCBR numai după primirea unui aviz favorabil din partea *Comisiei de etică* care va analiza respectiva solicitare în proxima ședință care se desfășoară ulterior depunerii cererii în discuție. În adoptarea unei conduite adecvate în speță *Comisia de etică* va avea în vedere următoarele criterii:

- Respectarea confidențialității datelor pacienților;
- Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
- Numele CCBR să fie menționat în cursul lucrării finale;
- CCBR să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale.

e) După obținerea aprobării, statisticianul medical va prelua cererea aprobată, va extrage din arhivă documentele în cauză și va comunica solicitantului locul unde poate fi aceasta/acestea studiat/e și următoarele condiții pe care trebuie să le respecte:

- Studiul documentelor ridicate din arhiva medicală se va face în spații adecvate dispuse în structura din care face parte personalul propriu al CCBR sau altă locație din interiorul spitalului, conform aprobării date de manager și/sau directorul medical;
- Pentru personalul medico-sanitar din afara CCBR managerul va desemna o persoană care va supraveghea respectarea de către solicitant a condițiilor cuprinse în protocolul de studiere a documentelor din arhivă;

- Studiul documentelor poate consta în lecturarea acestora, luarea de notițe sau copierea scrisă de părți din document;
- Este interzisă fotocopierea, prin orice procedeu a documentelor ridicate din arhiva medicală;
- Persoana care ridică documentele din arhiva medicală este responsabilă de integritatea acestora pe perioada cât le are în studiu;
- Este interzisă scoaterea din spital a documentelor originale luate din arhiva medicală.

f) Solicitantul va semna un proces-verbal de primire a documentelor;

g) După studierea documentelor, cu încadrare în perioada aprobată, solicitantul va restitu statisticianului medical documentele medicale, acesta din urmă semnând un proces-verbal de restituire a documentelor;

h) Atât la ridicarea cât și la depunerea documentelor medicale, gestionarul arhivei împreună cu persoana care ridică/depune respectivele documente, vor verifica integritatea unităților arhivistice prin numărare filă cu filă;

i) După obținerea aprobării, statisticianul medical va prelua cererea aprobată, va extrage din arhiva electronică documentele în cauză, le va anonimiza din punct de vedere al datelor cu caracter personal și le va preda pe bază de proces-verbal solicitantului.

(3) Anual, la nivelul CCBR, directorul medical va organiza evaluări periodice cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.

**Art.219.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare sunt următorii:

a) Număr anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul propriu medico-sanitar accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare din total cereri depuse cu acest subiect;

b) Număr anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul medico-sanitar din afara CBR accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare din total cereri depuse cu acest subiect;

#### **18.19 Colectarea, gestiunea, distribuirea/transmiterea și controlul datelor**

(1) Reglementarea privind colectarea, gestiunea, distribuirea/transmiterea și controlul datelor sunt ca principale scopuri:

- d) Documentează cerințele privind stabilirea metodelor și responsabilităților pentru colectarea, gestionarea, distribuirea/transmiterea și controlul datelor pentru cu păstrarea securității datelor și funcționarea proceselor în cadrul CBR;
- e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Riscul pe care il dezvoltă colectarea, gestionarea incorecta a datelor poate conduce la nerespectarea cerințelor legale privind confidențialitatea și securitatea datelor;
  - Riscul pe care il dezvoltă colectarea și gestionarea incorecta a datelor poate induce erori, confuzii în prezentarea corecta a informațiilor;
  - Riscul de a nu a nu fi respectate cerințele legale privind informarea și comunicarea solicitarilor externe de informații ale partilor interesate;

**Art.220.** (1) Rolul sistemului informațional este de a pune la dispozitie informațiile necesare prezentarii unei situații din CBR și reprezintă o premisă a deciziilor ce trebuie adoptate. Reprezintă

instrument de întărire a disciplinei și sporirii responsabilității proprietarilor de proces. Forme de sisteme informationale:

- Sistem Informational tradițional – când sunt sesizate semnale din exterior care sunt transformate în informație necesară la adoptarea deciziilor.
- Sistem Informational pe suport de hârtie – permit păstrarea informației, accesul la acesta și există posibilitatea de a urmări traseul acesteia.
- Sistem Informational computerizat (digitalizat) – când se utilizează mijloace electronice de culegere, prelucrare și stocare.

(2) Colectarea datelor în cadrul unui sistem informational are loc printr-un proces în care sunt implicate 4 elemente:

- Emetatorul - persoana care generează ideea, culege și transmite informația.
- Mesajul - Informația codificată prin diferite simboluri.
- Canalul - Mijlocul de transmitere a informației (verbal, scris, nonverbal, informatic).
- Destinatarul/Receptorul - persoana căreia este destinată informația și care o interpretează.

Acest proces de colectare este influențat de o serie de factori perturbatori care deteriorează sau influențează negativ asupra procesului de transmitere a informației ceea ce în final denaturează sensul informației.

Acești factori sunt de natură obiectiva (calitatea mijloacelor tehnice) și de natură subiectivă

(neatentie, nivel de pregătire, etc., ).

Denaturarea informației (în colectarea datelor) de la niveluri superioare la niveluri inferioare ori invers se poate face astfel :

- denaturarea neintentionată a informației din cauza dificultății contactelor interpersonale;
- denaturarea intentionată a informației (când cel care nu este de acord cu mesajul îl modifica în favoarea sa);
- denaturarea în rezultatul filtrării informațiilor.

(3) Principalele tipuri de date colectate la nivelul CBR sunt:

a) date colectate pentru calitatea de pacient al CBR sunt după cum urmează:

a.1) Generale:

- nume, prenume;
- numele și prenumele unor membri ai familiei;
- cetățenia;
- țara;
- data și locul nașterii;
- adresa;
- numărul de telefon;
- adresa de e-mail, etc.;

a.2) Speciale:

- codul numeric personal;
- seria și numărul actului de identitate;
- date privind starea de sănătate (definite ca fiind date cu caracter personal legate de sănătatea fizică sau mentală a unei persoane);
- numărul cardului de asigurat CNAS;
- date privind investigațiile paraclinice;
- imagini colectate prin intermediul camerelor de supraveghere video, etc;

b) date colectate în relațiile contractuale ale CBR cu diversi furnizori, parteneri contractuali în scopul executării unui contract sunt după cum urmează:

- Denumire societate, instituție;

- Nume prenume reprezentant legal;
- Functia;
- Cont, banca;
- Telefon (dupa caz);
- Adresa de e-mail (dupa caz).

c) date colectate in relatiile contractuale de munca ale CBR cu angajatii sunt după cum urmează:

c.1) Generale:

- nume, prenume;
- numele și prenumele unor membrii ai familiei;
- cetățenia;
- țara;
- data și locul nașterii;
- adresa;
- numărul de telefon;
- adresa de e-mail, etc.

c.2) Speciale:

- codul numeric personal;
- seria și numărul actului de identitate;
- date privind starea de sănătate (definite ca fiind date cu caracter personal legate de sănătatea fizică sau mentală a unei persoane);
- imagini colectate prin intermediul camerelor de supraveghere video, etc.

(4) Gestionarea datelor presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

a) Gestionarea datelor cu caracter personal al pacientilor CBR se realizeaza astfel:

- prelucrarea datelor cu caracter personal al pacientilor in scopul stabilirii programarilor in vederea internarii in cadrul CBR, realizarii actului medical in conformitate cu solicitările si nevoile pacientului si intocmirea documentatiei aferente (internarea, stabilirea planului de tratament, plan de ingrijire al pacientului, externarea, etc);
- prelucrarea datelor personale ale pacientilor in scopul intocmirii documentelor fiscale pentru incasarea sumelor de plata in urma serviciilor prestate de CBR;
- prelucrarea datelor personale referitoare la imagini in scopul asigurarii sigurantei persoanelor si a pazei bunurilor prin supraveghere cu camere video a spatiului CBR;
- prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul decontarii serviciilor medicale de catre Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București;
- prelucrarea datelor in vederea intocmirii raportarilor de date statistice catre institutii publice, precum si a solutionarii cererilor si adreselor provenite de la aceste institutii;
- prelucrarea datelor cu caracter personal în scopuri care le exclud pe cele medicale prin diverse posturi care contin imagini/fotografii ale pacientilor se face in baza *Acordului pacientului privind filmarea/fotografarea în incinta unității sanitare*.
- prelucrarea datelor cu caracter personal pentru participarea la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ se face in baza *Acordului pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*.

b) Gestionarea datelor cu caracter personal ale angajatilor se realizeaza astfel:

- prelucrarea datelor cu caracter personal al angajatilor in vederea incheierii contractului de munca;
- prelucrarea datelor cu caracter personal al angajatilor in vederea transmiterii declaratiilor fiscale catre ANAF;

- prelucrarea datelor cu caracter personal al angajatilor in vederea transmiterii contractelor de munca catre ITM;
- prelucrarea datelor personale referitoare la imagini in scopul asigurarii sigurantei persoanelor si a pazei bunurilor prin supraveghere cu camere video a spatiului CBR;
- Prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul promovarii serviciilor CBR prin diverse postari care contin imagini/fotografii ale personalului se face in baza consimtamantului acordat.

c) Gestionarea datelor cu caracter personal al partenerilor contractuali se realizeaza prin prelucrarea datelor cu caracter personal al partenerilor contractuali in vederea incheierii contractelor de furnizare de bunuri si servicii.

(5) Distribuirea/Transmiterea datelor cu caracter personal presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:

a) Datele cu caracter personal prelucrate in cadrul CBR se distribuie/transmit catre instituțiile prevazute de legislația in vigoare, sub forma anonimizata, cu exceptia situațiilor prevazute de lege.

b) Destinatarii datelor cu caracter personal prelucrate in cadrul CBR sunt:

- Primăria Capitalei și Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (ASSMB), în situațiile prevăzute de lege.
- Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București (CASMB) în vederea decontării serviciilor medicale acordate.
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) în vederea decontării tratamentelor pacienților incluși în Programele Naționale de Sănătate.
- Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București (DSPMB) în vederea decontării tratamentelor pacienților incluși în Programele Naționale de Sănătate derulate prin DSPMB, daca este cazul.
- Ministerul Sănătății în vederea stabilirii politicilor de sănătate publică.
- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, în vederea confirmării serviciilor medicale.
- Institutul de Medicină Legală, în situațiile prevăzute de lege.
- Colegiul Medicilor din Municipiul București, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, în situațiile prevăzute de Codul de deontologie profesională.
- Altor instituții medicale, în cazul transferului pacientului sau în cazul în care pacientul solicită „a doua opinie medicală”.
- Inspectoratul Teritorial de Muncă, in vederea transmiterii contractelor de muncă.
- Agentia Nationala de Administrare Fisicala, in vederea transmiterii declarațiilor fiscale.
- Furnizorilor de prestări servicii, parteneri contractuali, persoane împuternicite de către CBR să prelucreze datele personale și care au luat măsuri adecvate pentru protecția acestora și care prelucrează datele numai sub instrucțiunile stricte ale CBR.

c) În cadrul CBR păstrarea datelor (stocarea), pe o perioada limitată de timp in spatii protejate, atât la sediul CBR cât și la firma de arhivare cu care este încheiat contract în acest sens si in conformitate cu conditiile si prevederile legale, se realizeaza astfel:

- Datele necesare prelucrării în scopurile furnizării serviciilor medicale vor fi stocate pe toată durata spitalizării și după aceasta, pentru perioada necesară îndeplinirii obligațiilor legale prevăzute de legislația aplicabilă.
- Datele contabile (facturi, registre contabile state de salarii, declaratii fiscale și alte documente justificative) vor fi stocate în conformitate cu prevederile legislației contabilității.
- Datele privind supravegherea video se stochează pe o perioadă de 30 de zile calendaristice, în conformitate cu legislația aplicabilă.

- (6) Controlul securitatii datelor presupune derularea următoarelor activități și responsabilități:
- Stocarea datelor pacientilor se face pe servele sistemului informatic folosind masuri tehnice si organizatorice adecvate, menite sa protejeze datele cu caracter personal si sa împiedice accesul neautorizat.
  - Documentele in forma letrica se vor arhiva in conformitate cu procedura de arhivare si nomenclatorul arhivistice aprobat, iar controlul asupra procesului de arhivare va respecta cerintele legale aplicabile, atât pentru CBR cât și pentru firma de arhivare cu care CBR are încheiat contract în acest sens.
  - Accesul si controlul asupra sistemului informatic este protejat prin user cu parole și se realizează potrivit Reglementării „*Protecția sistemului informatic, condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului*” din prezentul Regulament.

**Art.221.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai reglementării privind colectarea, gestiunea, distribuirea/transmiterea și controlul datelor sunt următorii:

- Nr. de reclamații privind lipsa răspunsului la solicitările externe de informații, în ultimul an calendaristic.
- Numarul de audituri interne ale sistemului informatic efectuate anual/numarul de audituri interne ale sistemului informatic planificate anual, în ultimul an calendaristic.
- Numarul de instruirile privind colectarea, gestiunea, distribuirea/transmiterea și controlul datelor efectuate anual/numarul de instruirile privind colectarea, gestiunea, distribuirea/transmiterea și controlul datelor planificate anual, în ultimul an calendaristic.

#### **18.20 Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absență consimțământului acestora**

**Art.222.** Reglementarea procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absență consimțământului acestora are ca principale scopuri:

- Stabilirea unui set unitar de reguli pentru acordarea de servicii medicale în lipsa consimțământului/acordului informat al pacientului/aparținătorului;
- Asigură continuitatea activităților de asistență medicală desfășurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului medical;
- Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Neacordarea unor servicii medicale pacienților în absență consimțământului acestora, aspect care poate atrage, după caz, inclusiv decesul acestora, cu implicații ulterioare în ceea ce privește răspunderea de malpraxis a personalului medical și deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.223.** Etapele procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absență consimțământului acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, personalul medical va acorda asistență medicală fără acordul pacientului.

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

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

c) În cazul în care medicul curant consideră că intervenția este în interesul pacientului reprezentat, iar reprezentantul legal al acestuia refuză să își dea consimțământul (prin completarea câmpului dedicat acestei situații din formularul “*Acordul Pacientului Informat*”), decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate, aceasta constituindu-se la propunerea medicului curant.

d) Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spital și din 2 medici pentru pacienții din ambulatoriu. În mod obligatoriu din comisie face parte medicul curant, ceilalți membri ai comisiei vor fi medici confirmați în specialități medicale specifice patologiei pacientului pentru care a fost constituită respectiva comisie.

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

**Art.224.** (1) Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la actul medical de care beneficiază. Acordul în cunoștință de cauză al pacientului cu privire la intervențiile și manevrele medicale ce pot avea consecințe imprevizibile trebuie obținut după ce pacientul este informat, la capacitatea lui de înțelegere, comunicându-se orice informație utilă pentru a lua decizia cea mai potrivită, ulterior completând formularul de consimțământ informat.

(2) Pentru legalitate, consimțământul implică următoarele componente:

- a) informarea pacientului, prin furnizarea de către medic de date și informații medicale relevante cu privire la diagnostic, tratament și riscuri și înțelegerea lor de către pacient;
- b) abilitatea pacientului de a înțelege, alege sau refuza actul medical;
- c) dreptul pacientului de a lua decizii.

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

**Art.225.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora sunt următorii:

a) Acordarea de către personalul medical a asistenței medicale fără acordul pacientului în cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare, se realizează într-un interval de timp cât mai scurt, astfel încât să nu fie pusă în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.

b) Număr de *"Rapoarte privind asistența medicală acordată în situații de urgență"* completate într-un an calendaristic în raport cu numărul de situații în care personalul medical a acordat asistență medicală fără acordul pacientului în cazurile în care pacienții au fost lipsiți de discernământ sau din anumite motive nu și-au putut exprima acordul, iar medicul și /sau asistentul medical nu au putut contacta reprezentanții legali, datorită situației de urgență, și nu s-a putut solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare.

c) Număr de rapoarte ale Comisiilor de arbitraj constituite în raport cu numărul de situații în care acestea s-au constituit în ultimul an calendaristic.

## 18.21 Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

**Art.226.** (1) Reglementarea procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea coordonării de către conducerea spitalului, prin intermediul întregului personal al BMCSS a procesului de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate;
- b) Evaluarea permanentă a mediului de îngrijire și adaptarea permanentă a acestuia la necesitățile asistenței medicale asigurată de către spital;
- c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;
- d) Identificarea activităților / proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții;
- e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare, precum și a obiectivelor *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"*, care să conțină propunerি punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate oferite de către spital.
- f) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Menținerea unor neconformități care afectează procese / activități curente care se derulează în cadrul spitalului;
  - Neluarea unor măsuri pertinente și imediate de eliminare/diminuare a neconformităților constataate;
  - Neconformarea la standardele și cerințele ANMCS.

**Art.227.** (1) Etapele procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul BMCSS coordonează întocmirea proiectului *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"*, prezentând proiectul acestuia în ședința Consiliului medical.
- b) În mod obligatoriu, proiectul *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"* prevede indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților .
- c) Totodată, anual, de regulă în luna decembrie, personalul BMCSS prezintă spre aprobare managerului spitalului *"Planificarea anuală a activităților de evaluare a conformării la*

*cerințele standardelor de acreditare*", în cadrul căreia se planifică activități de autoevaluare a conformării la cerințele specifice listelor de verificare – anexe la *Ordinul președintelui ANMCS privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor*.

d) De regulă, anual în luna noiembrie, personalul BMCSS colectează date privind indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților înscrise în "Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului", emițând în acest sens un raport informativ care se supune analizei Consiliului medical, respectiv Comitetului director.

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

f) În termen de 10 zile lucrătoare de la evaluarea cerințelor/indicatorilor care fac obiectul setului de liste de verificare aprobat a fi evaluate pe parcursul unei luni calendaristice, potrivit "Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare" existente, personalul BMCSS înaintează managerului rapoarte informative însoțite de analize și planuri de măsuri cu propunerii concrete pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.

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

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

i) În ceea ce privește procesul de colectare a indicatorilor de monitorizare, membrii *Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților* au obligația de a: "Pune la dispoziția BMCSS 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".

**Art.228.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

a) Încadrarea în termenele stabilite pentru întocmirea "Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului" precum și a "Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare".

b) Încadrarea în termenul planificat de emitere a rapoartelor de informare și a planurilor de măsuri aferente acestora care fac referire la îndeplinirea obiectivelor prevăzute în "Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului", precum și la desfășurarea în perioadele aprobate a activităților de autoevaluare a conformării la cerințele specifice listelor de verificare.

c) Numărul de propunerii formulate privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților în urma procesului de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.

d) Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în "Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului".

## **18.22 Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocolelor la nivelul sectoarelor de activitate**

**Art.229.** Reglementarea procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocolelor la nivelul sectoarelor de activitate are ca principale scopuri:

- a) Sunt stabilite etapele principalelor direcții de acțiune care privesc realizarea auditului clinic al procedurilor documentate, protocolelor medicale și a reglementărilor la nivelul sectoarelor de activitate ale CBR;
- b) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Menținerea în vigoare și aplicarea unor proceduri documentate și/sau protocole medicale, pe perioade îndelungate, fără a fi analizate periodic în vederea identificării unor eventuale neconformități datorate modificării unor prevederi normative, resurselor disponibile, responsabilităților etc., care au fost avute în vedere la redactarea acestora, după caz.

**Art.230.** (1) Etapele procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocolelor la nivelul sectoarelor de activitate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul BMCSS întocmește *"Planul anual de audit clinic"*;
- b) *"Planul anual de audit clinic"* se supune aprobării managerului și se aduce prin grija șefului BMCSS la cunoștința personalului spitalului și se postează pe serverul spitalului.
- c) În mod obligatoriu, în cadrul fiecărui *"Plan anual de audit clinic"* se au în vedere următoarele referențiale:
  - unul dintre obiectivele vizate să fie cel de evaluare a eficacității și eficienței protocolelor diagnostice și terapeutice existente la nivelul spitalului;
  - BMCSS asigură coordonarea activității de audit clinic la nivelul spitalului;
  - în componența echipei desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte în mod obligatoriu un reprezentant al BMCSS și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării;
- d) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) sunt de competența managerului spitalului. Acestea se solicită pentru motive justificate (reclamații, constatarea unor neconformități, producerea de evenimente adverse / îndezirabile etc.), context în care programul anual de audit clinic intern se completează și se reapproba<sup>2</sup>.
- e) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului în condițiile stipulate în cadrul următorului subcapitol al prezentului Regulament.
- f) Pe parcursul anului, echipa de audit clinic nominalizată în *"Planul anual de audit clinic"* execută misiuni de auditare clinică specifice potrivit obiectivelor înscrise în respectivul "Plan", cu respectarea perioadei în care aceste misiuni au fost programate.
- g) La finalizarea fiecărei misiuni de audit clinic se are în vedere întocmirea câte unui raport de audit clinic, care va fi înaintat spre analiză Consiliului medical și/sau Comitetului director (în situația că există în acesta propunerile care fac obiectul deciziei respectivului Comitet). Șeful fiecărei echipe de audit clinic va avea în vedere ca

<sup>2</sup>ATENȚIE! Nu este obligatoriu ca toate evenimentele adverse/ îndezirabile înregistrate la nivelul spitalului să facă obiectul unei misiuni de audit clinic.

rapoartele de audit clinic ale misiunilor de auditare a protoalelor să motiveze dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora.

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

- Prin grija directorului medical:
  - analize anual ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protoalelor de diagnostic și/sau tratament;
- Prin grija șefilor secțiilor medicale:
  - analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protoalelor de diagnostic și tratament;
  - analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protoalelor de diagnostic și tratament;
- Prin grija Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale:
  - analiză anuală a respectării procedurilor și protoalelor de prevenire și limitare a IAAM;
- Prin grija șefului BMCSS:
  - a.raport anual cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/procedurilor/protoalelor;
  - b. raport anual privind nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protoalelor – prezentat Consiliului medical;
  - c.raport anual privind nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor – prezentat Comitetului director.

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

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

**Art.231.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protoalelor la nivelul sectoarelor de activitate din cadrul CBR sunt următorii:

- a) Gradul în care misiunile de audit clinic planificate îndeplinesc următoarele deziderate:
  - Relevanță – urmăresc problematica identificată în raport cu practica curentă de la nivelul spitalului (analize și rapoarte, sesizări, evenimente adverse din spital);
  - Transparentă – participarea întregului personal implicat și comunicarea rezultatelor (este cunoscut de către personal, informațiile sunt accesibile);
  - Fără caracter acuzator – identifică zonele unde sunt necesare intervenții și emit recomandări privind modalitatea de îmbunătățire
- b) Numărul de misiuni de audit efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total misiuni de audit planificate;

- c) Numărul de audituri ale protocoalelor medicale / reglementărilor efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total audituri / analize necesar a fi întocmite pentru conformarea unora dintre cerințele / indicatorii ANMCS.

### **18.23 Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern**

**Art.232.** (1) Reglementarea procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern are ca principale scopuri:

- a) De a stabili în mod punctual situațiile și / sau criteriile care sunt necesar a fi luate în considerare de către managerul spitalului în luarea deciziei de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic;
- b) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Neasigurarea independenței auditorilor;
  - Posibilitatea existenței unui conflict de interese în cazul executării unei misiuni de audit clinic intern;
  - Punerea auditorilor în imposibilitate de a interacționa eficace.

**Art.233.** Etapele procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Programarea auditului clinic intern se realizează de către personalul Biroului managementul calității serviciilor medicale și se aprobă de către manager. Activitățile/procesele auditate se programează astfel încât până la sfârșitul anului să fie cuprinse toate, măcar o dată. În acest sens șeful B.M.C.S.M. prezintă spre aprobare managerului CBR, în luna decembrie a fiecărui an calendaristic, un "Plan anual de audit clinic intern". Acesta prevede în principal:
  - Structurile medicale auditată;
  - Temele auditului clinic intern;
  - Componența echipelor de audit clinic (în componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării);
  - Luna în care se va iniția misiunea de audit clinic.

**Art.234.** Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) intern este de competența managerului spitalului. Acest lucru se poate face la propunerea personalului BMCSS (structură care are calitatea de coordonator al activității de audit clinic intern) sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern.

**Art.235.** Motivele pentru care se poate solicita o misiune de audit clinic extern pot fi de următoarea natură:

- Existența unor reclamații pentru a căror rezolvare se consideră oportună nominalizarea unei echipe de audit clinic intern;
- Constatarea unor neconformități;
- Modificări organizatorice importante;
- Deficiențe majore în derularea unui proces;
- Se constată ineficacitatea acțiunilor corective întreprinse în urma efectuării unui audit intern programat;
- Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
- Producerea de evenimente adverse / indezirabile.

**Art.236.** Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului, din proprie inițiativă sau ca urmare a propunerii formulate de către personalului

BMCSS (structură care are calitatea de coordonator al activității de audit clinic intern) sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern prin înaintarea unei note raport adresată directorului general al ASSMB în termen maxim de 5 zile de la ivirea situației care reclamă realizarea unei misiuni de audit clinic extern. Respectiva solicitare se face cel puțin în următoarele situații:

- Atunci când există dubii în ceea ce privește rezultatele auditului clinic intern propriu;
- Atunci când este necesară auditarea unor activități/procese puse în execuție de către șefii/coordonatorii structurilor medicale;
- În oricare alte situații care pot presupune un potențial conflict de interese;
- În situația producerii unor evenimente indezirabile, funcție de situația concretă;
- În situația în care se dorește auditarea unor activități/procese iar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialiști necesari.

b) În raport cu situația concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern și tema propusă spre auditare, directorul general al ASSMB, în termen maxim de 10 zile lucrătoare de la data primirii solicitării, membrii unei echipe de audit clinic extern din rândul personalului care încadrează celelalte unități sanitare cu paturi din subordinea ASSMB. La stabilirea echipei de audit clinic extern se au în vedere următoarele criterii:

- asigurarea independenței auditorilor;
- evitarea conflictului de interese;
- abilitatea auditorilor de a interacționa eficace.

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

**Art.237.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

- a) Număr de misiuni de audit intern (ad-hoc) solicitate pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni;
- b) Număr de misiuni de audit clinic extern solicitate pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni;
- c) Gradul de asigurare a independenței auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii;
- d) Gradul de evitare a conflictului de interese a auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii;
- e) Gradul de asigurare a nivelului de competență necesar auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii.

#### **18.24 Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament**

**Art.238.** (1) Reglementarea accesului la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament are ca principale scopuri:

- a) Stabilește responsabilități prin care se asigură asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea documentelor, informațiilor și înregistrărilor medicale;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- Incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților;
- Primirea de amenzi administrative pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere.

**Art.239.** (1) Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul CBR pacienții se pot interna în regim de spitalizare continuă sau regim de spitalizare de zi, prin camera de gardă și biroul internări situatie în care se emite o FOOG sau FSZ, după caz. În această situație acces la respectivele documente medicale îl au, registratorul medical, medicul de gardă, asistenții medicali din camera de gardă care realizează triajul și care acordă îngrijiri după caz. În această situație accesul la FOOG/FSZ se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul CBR.

b) În situația prezentării în urgență a pacienților la camera de gardă se completează datele în registrul de prezentări la camera de gardă la care au acces registratorul medical, asistentul medical și medicul de gardă. În această situație accesul la registrul de prezentări la camera de gardă a fiecărei categorii profesionale anterior menționate este limitat de competențele pe care le au în raport cu pacientul precum și de atribuțiile înscrise în fișele de post. Registrul de prezentări la camera de gardă precum și celealte documente medicale cu care se prezintă pacienții la camera de gardă se păstrează pe timpul procesului de evaluare și/sau tratament al acestora în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.

c) Pacienții care urmează să fie internați în regim de spitalizare continuă/de zi sunt însoțiti în structurile medicale cărora li se adresează, de către personal care are aceste atribuții în fișa postului din cadrul fiecărei structuri medicale. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale care sunt eliberate de către biroul de internări pe timpul însoțirii pacienților din de la biroul de internări/camera de gardă până în structurile medicale în care aceștia se internează. La prezentarea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului. Respectivele documente medicale sunt înregistrate la nivelul structurilor medicale în registre de evidență dedicate acestui scop.

d) Pe toată durata internării în regim continuu/de zi a pacienților, FOOG-urile /FSZ-urile pacienților sunt păstrate la nivelul structurilor medicale în care aceștia sunt internați, în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine la acestea. Accesul la respectivele documente este permis, după caz, următoarelor categorii de personal:

- Șefii de structuri medicale – au responsabilitatea verificării modului de completare a documentelor medicale;
- Medicii curanți – care au obligația de a înscrie, funcție de cauzistică, anamneza, tabloul clinic, investigații și rezultatele acestora, diagnostice, tratamentul (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, de urgență), prescripții/recomandări pe timpul internării/după externare etc.;
- Medicii care efectuează consulturi interdisciplinare – conform prevederilor *Reglementarii Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric* din prezentul Regulament;
- Medicii din serviciile paraclinice – în limita solicitărilor medicilor curanți;

- Medici care exprimă ”o a doua opinie medicală” - se realizează la solicitarea pacienților, prin aplicarea prevederilor Reglementarii *Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate*”.
- Fiziokinetoterapeuții – înscrierile acestora în documentele medicale se realizează în limitele îngrijirilor efectuate potrivit competențelor profesionale;
- Psihologii – se realizează la solicitarea medicilor curanți, prin aplicarea prevederilor *Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice*” din prezentul Regulament;
- Asistenții medicali – completează planurile de îngrijiri. Completarea de către aceștia și a altor înscrișuri în FOOG/FSZ se realizează numai în situația delegării acestei responsabilități de către medicii curanți. Responsabilitatea respectivelor înscrișuri efectuate de către asistenții medicali în FOOG/FSZ revine exclusiv în sarcina medicilor curanți, care au obligația ca în această situație să verifice aceste înscrișuri, să aplice parafa și să le semneze.
- Infirmieri – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;
- Asistenții medicali - culeg din FOOG/FSZ informații necesare întocmirii condicilor de medicamente;
- Personalul medico-sanitar care însوșește pacienții la consulturi interdisciplinare sau analize paraclinice răspunde de integritatea documentelor medicale pe timpul însoțirii pacienților. La înapoierea în structurile medicale, personalul care însoșește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului.

e) Medicii din Ambulatoriu integrat completează documentele medicale ale pacienților care se adresează pentru consulturi medicale în cadrul Ambulatoriului integrat. Respectivele documente se păstrează în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine la acestea.

f) În cadrul farmaciei spitalului, farmaciștii și asistenții de farmacie au acces la condicile de medicamente solicitate din cadrul structurilor medicale, în baza cărora elibereză medicația prescrisă de medicii curanți pentru fiecare dintre pacienții internați.

g) În cadrul procesului didactic care se desfășoară în cadrul CBR, accesul la informațiile existente în documentele medicale ale pacienților pe timpul căt aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament se realizează potrivit Reglementarii „*Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale*” din prezentul Regulament.

h) Accesul la datele medicale din sistemul informatic se realizează potrivit prevederilor Reglementarii „*Protectia sistemului informatic, condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului*” din prezentul Regulament.

i) CBR prin angajații săi asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale ale pacienților pe timpul căt aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament., iar eliberarea documentelor medicale se realizează potrivit prevederilor Reglementării „*Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți /*

*aparținători / imputerniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii*", din prezentul Regulament.

j) Personalul medico-sanitar are acces în mod controlat la informațiile electronice ale pacienților, prin accordarea de user și parolă pentru fiecare utilizator autorizat în parte. Accesul la aceste informații se realizează la nivelul CBR potrivit prevederilor Reglementarii „*Protectia sistemului informatic, condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului*” din prezentul Regulament.

**Art.240.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere.

## 18.25 Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

**Art.239.** Reglementarea procesului de comunicare între membrii echipelor medicale are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea transmiterii complete, corecte și în timp util a tuturor informațiilor necesare pentru furnizarea unui serviciu medical de calitate.
- b) Asigurarea că procesul de comunicare interdisciplinară se bazează pe respect și pe competența fiecărui membru al echipei medicale.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Erori apărute în procesul de îngrijire, datorate unei comunicări defectuoase în cadrul echipei medicale;
  - Neasigurarea continuității îngrijirilor medicale pe timpul transferului sau externării pacientului;
  - Nemulțumiri ale pacienților datorate unei comunicări defectuoase în cadrul echipei medicale;
  - Nemulțumiri ale personalului medical/auxiliar referitoare la comunicarea în cadrul echipei medicale.

**Art.240.** (1) Comunicarea între membrii echipelor medicale (medic, asistent medical, infirmier, kinetoterapeut, îngrijitor, registrator medical etc.) presupune derularea următorelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Toți membrii membrii echipelor medicale din cadrul CCBR trebuie să fie conștienți de faptul că procesul de comunicare reprezintă un aspect major al practicii medicale în domeniul cum sunt consultare, consiliere, lucru în echipă, sarcini de conducere, educație pentru sănătate și învățământ. Personalul medical trebuie să recunoască, să știe și să practice tehnici adecvate de comunicare cu oamenii aflați în cadrul de îngrijire a sănătății: pacienți, membrii familiei acestora, colegi și alți profesioniști în domeniu. Scopul comunicării medicale implică stabilirea relației terapeutice, înțelegerea perspectivei pacientului, explorarea gândurilor și emoțiilor acestuia și ghidarea acestuia în rezolvarea de probleme. Comunicarea între membrii echipei medicale este esențială pentru o îngrijire optimă centrată pe pacient.

b) Comunicarea eficientă în echipa medicală interdisciplinară influențează atât funcționarea echipei, cât și calitatea îngrijirii pacientului. Cooperarea și comunicarea eficientă între membrii echipei care tratează și îngrijesc pacientul sunt decisive pentru realizarea unui plan de îngrijire corespunzător și pentru obținerea satisfacției pacientului și familiei, pe de o parte, dar și a medicului și celorlalți membrii ai echipei, pe de altă parte. O comunicare eficientă a echipei medicale:

- crește abilitățile de diagnostic și apreciere a prognosticului, precum și planificarea corectă a tratamentului pacientului (comparativ cu profesionistul medical care acționează singur)
- crește controlul simptomelor
- scade perioada de spitalizare a pacientului
- conduce la satisfacția pacientului și familiei acestuia

c) Factori care fac dificilă comunicarea în echipa medicală:

- Îngrijirea complexă, evoluția imprevizibilă a pacienților,
- profesioniști de diferite specialități implicați și care interacționează cu pacientul în diferite momente ale zilei, fără o interacțiune sincronă
- Profesioniștii care pot avea o viziune diferită asupra nevoilor de îngrijire
- Ierarhia din domeniul medical (medici versus alte specialități medicale și nemedicale) duce la inhibiția unor membrii ai echipei în prezentarea propriilor viziuni și indicații de îngrijire;
- Diferența în educația profesională, vârsta

d) Comunicarea în echipele medicale din cadrul CCBR respectă următoarele reguli principale:

- Să fie o relație de tip participativ
- Să sprijine și să încurajere inițiativa personală în limitele competenței
- Formularea și comunicarea cerințelor să fie efectuată în mod clar și precis, pentru a nu lăsa loc interpretărilor eronate
- Din partea membrilor echipei cu poziții superioare (medici șefi, asistenți medicali șefi, coordonatori) nu sunt indicate:
  - Comportament dictatorial
  - Controlul excesiv al modului în care sunt îndeplinite sarcinile
  - Criticile excesive
- Colaborarea profesională și comunicarea să fie în interesul pacientului
- Limbajul utilizat pentru comunicare să fie profesionist, concis, la obiect
- Comunicarea se fie făcută pe un ton amabil, profesional
- Dacă există divergențe de opinie, acestea nu se discută de față cu pacientul
- Oricare ar fi tipul de relație, cadre medical-restul echipei medicale, trebuie înțelese că autoritate nu înseamnă lipsa politeții, iar amabilitate nu înseamnă slăbiciune.

e) Pentru o comunicare eficientă este de preferat o comunicare față-în-față, precum și în cadrul întâlnirilor echipei interdisciplinare/ multidisciplinare. În cadrul acestor întâlniri asistenții medicali au rol central, cu nivel înalt de interacțiune atât cu medicii cât și cu alții参icienți la furnizarea serviciului medical.

f) Emiterea verbală sau telefonică a indicațiilor medicale, rezultatelor de laborator etc. trebuie efectuată cu atenție pentru a nu se pierde din informațiile furnizate. În acest caz procesul de comunicare este constituit din patru faze:

- ASCULTARE – Receptorul ascultă indicația sau rezultatul complet;
- SCRIERE – Receptorul scrie informația în documentele medicale

- CITIREA – Receptorul citește emițătorului informația așa cum a scris-o;
- CONFIRMAREA – Emițătorul confirmă că ceea ce este scris și citit de către receptor, este corect.

g) Personalul medical transferă informații în etape și situații diferite pe parcursul furnizării asistenței medicale. Un pacient poate fi potențial tratat de o serie de medici și diversi alți specialiști. Pacienții se mișcă destul de des între zona de diagnostic, zona de tratament și zona de îngrijire regulată și se pot întâlni cu mai multe ture de personal pe zi. În acest context, breșele în comunicare pot provoca grave îintreruperi în continuitatea îngrijirilor, un tratament inadecvat și leziuni sau dauna potențială a pacientului. Din acest motiv comunicarea între unități și între echipele medicale trebuie să includă toată informația esențială și aceasta să fie furnizată într-un limbaj care să nu permită o interpretare incorectă. Limbajul trebuie să fie clar și normalizat, evitând sau clarificând (dacă este necesar) termeni care pot fi ambigu. În acest sens, membrii echipelor medicale din cadrul CBR au obligația de a solicita precizări în situații de incertitudini care privesc procesul de comunicare.

h) Pentru o bună comunicare, la nivelul CCBR, informația se transmite formal prin intermediul documentelor medicale ale pacientului (foaie de observație, fișe de evaluare inițială și de evoluție, rezultate ale investigațiilor și consulturilor interdisciplinare, planuri de îngrijiri, rapoarte de predare-primire etc) și utilizând codificări acceptate de domeniu (codificare diagnostice, codificare proceduri medicale/investigații, simboluri și definiții standardizate), de exemplu:

- Diagnosticele se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.

i) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul CBR să acorde o importanță deosebită procesului de comunicare în momentul transferului informației specifică pacientului de la o echipă de îngrijire la următoarea, de la un furnizor de îngrijire medicală la altul și/sau de la furnizorii de îngrijiri către pacient și familia acestuia, cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor și siguranța sănătății pacientului. Informația care se partajează constă, în general, în date referitoare la starea actuală a pacientului, schimbări recente ale stării sale, tratamentul în curs și posibilele complicații care pot apărea. O bună comunicare în situația transferurilor presupune:

- Transmiterea informației prin utilizarea unei structuri standard concise care să minimizeze confuzia;
- Acordarea de timp suficient pentru comunicarea informației importante și pentru ca personalul să formuleze și să răspundă întrebărilor fără încercare, întotdeauna când este posibil (în procesul de transfer trebuie incluse secvențe de timp pentru repetare și recitire);
- Asigurarea informației referitoare la starea pacientului, medicamentelor sale, planurilor de tratament, direcțiilor anticipate și oricărora schimbări relevante ale stării sale;
- Limitarea interschimbului de informații la ceea ce este necesar pentru prestarea unor îngrijiri sigure pacientului

j) O importanță majoră a modului de comunicare în cadrul echipei medicale trebuie acordată de către membrii echipelor medicale din cadrul CCBR în următoarele situații:

- schimbul de la o tură la alta – în acest sens, medicii, asistenții medicali și infirmierele
- utilizarea registrelor de predare-primire a gărzii/turei
- transportul/deplasarea pentru investigații paraclinice
- transferul în alte unități medicale

- externarea pacientului

În acest sens, în cadrul CCBR se utilizează documente tipizate care asigură calitatea și corectitudinea informațiilor medicale la transferul pacienților, după cum urmează:

- registre de predare-primire a gărzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare și problemele medicale semnificative ale pacienților internați;
- registre de predare-primire a turei în care asistenții medicali consemnează intervențiile de efectuat, tratamentele etc. și orice alte situație particulară referitoare la pacienții internați;
- registre de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervențiile / activitățile de efectuat și problemele pacienților internați;
- La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează "Fișă medicală de transfer interclinic a pacientului critic";
- La externare se completează biletă de externare și/sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienți – medicilor de familie ai acestora

k) Anual, de regulă în luna aprilie, directorul medical evaluează implementarea modului de comunicare interprofesională, întocmind în acest sens o analiză care se constituie ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind prezentate în ședință a Consiliului medical.

**Art.241.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare între membrii echipelor medicale sunt următorii:

- a) Număr de reclamații ale pacienților referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale.
- b) Număr de reclamații ale personalului propriu referitor la comunicarea în cadrul echipei medicale.
- c) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat.

## 18.26 Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor

**Art.244.** (1) Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor are ca principale scopuri:

- a) Asigură diagnosticarea de urgență și luarea cu celeritate a unor măsuri terapeutice / de îngrijire a pacienților internați de către medicii prescriptori;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - potențiale erori de conduită terapeutică/de diagnostic și tratament inadecvat al pacienților de către personalul medico-sanitar.

**Art.245.** (1) Etapele procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în primul trimestru, șeful laboratorului de analize medicale și al laboratorului de radiologie și imagistică medicală împreună cu șefii de secții, face propuneri Consiliului medical cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator și de radiologie și imagistică medicală ce se comunică cu prioritate medicilor curanți.
- b) Personalul Laboratorului de analize medicale și Laboratorului de radiologie și imagistică medicală are obligația de comunica telefonic medicilor curanți sau asistentelor șefe, cât mai urgent posibil, rezultatele cu valori critice ale investigațiilor

de laborator/radiologie și imagistică medicală care se încadrează în „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator/investigațiilor radiologice ce se comunică cu prioritate*”. Concomitent cu această activitate, personalul Laboratorului analize medicale și al Laboratorului de radiologie și imagistică medicală va înscrie fiecare dintre aceste comunicări/anunțuri telefonice în „*Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator/investigațiilor de radiologie și imagistică medicală*”.

c) Fiecare dintre medicii curanți cărora li s-a comunicat telefonic un rezultat cu valori critice ale investigațiilor de laborator sau de radiologie și imagistica medicală, are obligația să ia cu această ocazie imediat măsurile necesare în vederea diagnosticării, efectuării tratamentului și/sau îngrijirilor necesare pentru pacientul pentru care s-au comunicat respectivele rezultate, după caz.

**Art.246.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

a) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „*Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator/investigațiilor de radiologie și imagistică medicală*”;

b) Număr de evenimente adverse cauzate de comunicarea deficitară din cadrul echipelor medicale în ultimul an calendaristic.

## 18.27 Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic

**Art.245.** (1) Comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic reprezintă un proces extrem de complex care are ca principale scopuri:

a) Atingerea unor obiective importante cum ar fi diagnosticul clinic și tratamentul pacientului oncologic, presupune:

- stabilirea raportului de încredere între medic și pacient;
- colectarea de informații de la pacient și familia pacientului;
- transmiterea vestilor proaste și a altor informații cu privire la boala;
- abordarea emoțiilor pacientului.

b) O comunicare eficientă medic-pacient/apărători, care în asemenea situații conduce la:

- creșterea gradului de satisfacție a pacientului;
- ameliorează complianța la tratament;
- crește sentimentul de control și capacitatea de a tolera durerea, reduce anxietatea;
- contribuie la recuperarea stării generale;
- se facilitează angajamentele în studiile clinice;
- are loc o trecere mai ușoară de la tratamentul curativ la cel paliativ;
- generează stare de securitate și siguranță;
- există premise privind micșorarea duratei de spitalizare, respectiv a costului tratamentului;
- scade stresul și sindromul burnout caracteristic profesiei de oncolog.

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

- Reacții de frustrare, frică, durere, negare, furie ale pacienților;
- Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adekvat);
- Diminuarea gradului de satisfacție al pacientului și familiei acestuia, cu impact direct în ceea ce privește evoluția bolii.

**Art.246.** Prezentul Regulament prezintă un scurt ghid privind comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.

**Art.247.** (1) Principalul indicator de eficiență a procesului de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic îl reprezintă numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.

**(2) Ghid privind comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic**

Întrucât cancerul este un diagnostic devastator, contează în mare măsură ca relația medicului cu pacientul său să se caracterizeze prin empatie, onestitate și o legătură umană cu acesta și familia sa. Se impune în acest context ca medicii să construiască în mod eficient relația cu pacientul, să îi ofere acestuia informații adecvate și să abordeze toate îngrijorările lui, în ciuda constrângerilor de timp specifice practicii clinice.

Comunicarea în practica oncologică prezintă numeroase provocări. Adesea, clinicienii trebuie să împărtășească veștile neplăcute pacienților și familiilor acestora. La primirea informațiilor despre diagnostic și tratamentul necesar, pacienții pot reacționa prin frică, durere, negare, furie. Astfel de emoții puternice pun medicii în situații inconfortabile.

Pe de altă parte, cancerul presupune efectuarea unor tratamente complicate, iar majoritatea pacienților nu dețin un background educațional care să-i ajute să înțeleagă boala și terapiile necesare. La rândul lor, medicii beneficiază de o pregătire redusă în ceea ce privește maniera în care ar trebui să furnizeze informațiile despre problemele complexe de sănătate generate de cancer, astfel încât acestea să fie înțelese și acceptate de către pacienți și non-experti.

Cu ocazia discutării diagnosticului și a prognosticului bolii, medicul trebuie să furnizeze informații adaptate nevoilor pacientului, care să îi ofere acestuia speranță și încurajare, fără a-l induce însă în eroare. Se recomandă ca termenii folosiți să fie simpli și direcți, iar informațiile să fie furnizate clar și succint, într-un limbaj non-tehnic. Când stîrile sunt nefavorabile, este bine ca medicii să urmeze pași suplimentari pentru a răspunde eventualelor nevoi și nelămuriri ale pacienților. Comunicarea unor astfel de informații se va desfășura, pe cât posibil, într-un cadru adecvat, în particular, medicul exprimându-și solidaritatea față de pacient și răspunzând cu empatie emoțiilor întâmpinate de acesta. După transmiterea veștilor defavorabile, se face o pauză, pentru ca pacientul să absoarbă ceea ce i s-a spus (tăcerea de susținere). Se așteaptă ca pacientul să răspundă înainte de a-i se mai comunica și altceva. În situația în care acesta nu spune nimic, medicii pot pune întrebări precum: «La ce vă gândiți?» sau să răspundă empatic «Păreți copleșit!». Cantitatea de informații trebuie adaptată stării emoționale a pacientului. Se recomandă ca pacienții să fie îndemnați să pună întrebări și să li se dea timp pentru a-și exprima îngrijorările.

Clinicienii ar trebui să le prezinte pacienților toate opțiunile de tratament, inclusiv posibilitatea participării la studii clinice (dacă există) și o variantă individualizată de îngrijire paliativă. În contextul discutării opțiunilor de tratament, este esențial să se clarifice obiectivele terapiilor disponibile (vindecarea versus prelungirea supraviețuirii versus îmbunătățirea calității vieții), astfel încât pacientul să înțeleagă rezultatele probabile și să poată asocia obiectivele tratamentului cu obiectivele de îngrijire. Este necesar ca pacienții să fie informați și în legătură cu potențialele beneficii și dezavantaje ale fiecărei variante de terapie, iar înțelegerea acestora să fie verificată de către medic.

Fiecare medic trebuie să găsească o abordare diferențiată și personalizată în funcție de caracteristicile pacientului cu care lucrează. Conștientizarea faptului că procesul de comunicare necesită o abordare specială culminează prin înțelegerea existenței "momentului oportun", atunci când informațiile și adevărurile pot fi oportune și adecvat percepute și alte momente în care acestea nu sunt.

Pacienții pot solicita informații diferite în etape (stadii) diferite ale bolii, care le influențează procesul de înțelegere.

Pot fi evidențiate trei concepe cheie în definirea competențelor interpersonale și de comunicare în relația medic - pacient oncologic - familia pacientului, astfel:

- Abordare centrată pe pacient - este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informație despre maladie, susținerea deciziilor în comun ca o componentă esențială a tratamentului, iar formarea abilităților de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opțională.
- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncologul și pacientul este asociată cu rezultate terapeutice importante, poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.
- Abilitățile de comunicare nu sunt înnăscute și nu îmbunătățesc neapărat experiența clinică, dar pot fi predate și învățate, iar practicarea acestor abilități pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenței unei motivații de formare.

Acste competențe sunt deosebit de importante în situații emoționale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri palliative și informarea despre sfârșitul duratei de viață. Din păcate, aceste abilități nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competențe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă și comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii. Temperamentul și personalitatea pacientului sunt doi factori foarte importanți în primirea unui diagnostic și acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul să înțeleagă mai multe despre boala de care suferă.

#### **Reguli de comunicare eficientă cu pacientul oncologic:**

- Acordă-i atenție totală. Nu există un mod anume pentru a discuta despre boală. Uneori simpla prezență poate fi cel mai important lucru;
- Oferă sfaturi cu grija. Nu uita că experiența fiecărei persoane cu boala este unică;
- Folosește umorul atunci când este posibil. În situațiile tensionate râsul poate avea efect relaxant;
- Uneori poți observa că pacientul este retras și necomunicativ. Nimici nu poate fi pozitiv tot timpul. Pune-te în situația acestuia și acordă-i timp pentru a reflecta;
- Cere permisiunea de a discuta diferite subiecte. Urmărește reacția pacientului și nu te simți ofensat dacă pacientul nu dorește uneori să discute cu tine;
- În lupta cu boala pacientul se poate confrunta cu sentimente precum: tristețe, furie, confuzie, neputință. Fii pregătit pentru răspunsuri negative din partea pacientului sau chiar refuzul de a răspunde la o întrebare. Nu insista și nu suprasolicita pacientul. Cel mai bine este să permiti acestuia să decidă când să vorbească și cât de mult să împărtășească cu tine;
- Poți arăta suport și fără utilizarea cuvintelor. Atât limbajul corpului cât și expresiile faciale pot transmite intențiile tale de suport și grija. Menține contactul vizual, ascultă cu atenție și evită distragerea atenției în timpul conversației;
- Alege-ți cu grija cuvintele. Acest lucru te poate ajuta să-ți arăți suportul față de pacient fără desconsiderare sau fără a evita subiectul.

**Prin limbaj și comportament, medicul trebuie să ofere pacientului exact ceea ce caută: încredere, echilibru și mai ales speranță.**

## **18.28 Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română**

**Art.248.** (1) Reglementarea modalității de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Neacordarea de servicii medicale specifice patologiei pacienților pe timpul internării acestora sau prezentării în camera de gardă datorate unor "bariere" de limbaj;
  - Reclamații ale pacienților datorate neacordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acestuia.

**Art.249.** (1) Etapele procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul spitalului este întocmit de către personalul din Serviciul Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare și Juridic un "*Tabel – nominal cu vorbitorii de limbi străine*". Respectivul tabel-nominal conține următoarele informații pentru fiecare din persoanele cunoscătoare de limbi străine: numele și prenumele; funcția; numărul de telefon; limbi străine cunoscute; nivelul de cunoaștere al limbii/limbilor străine cunoscute pentru înțelegere, vorbit și scriere (utilizator elementar; utilizator independent; utilizator experimentat);
- b) Respectivul tabel se postează pe rețeaua de intranet a spitalului (care se va comunica la raportul de gardă) și se distribuie ca și document de lucru atât personalului de pază cât și la camera de gardă a CBR;
- c) În timpul programului orar de dimineață, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat la camera de gardă are nevoie de un translator, medicul curant sau medicul de gardă, după caz (funcție de momentul din zi în care apare această necesitate) va lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine", apelând la aceasta să se prezinte la structura medicală în care se află internat / prezentat pacientul.
- d) În afara programului orar de dimineață din zilele lucrătoare, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în camera de gardă are nevoie de un translator, medicul de gardă, va solicita aprobarea managerului de a lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" și de a-i solicita să se prezinte la structura medicală în care se află internat pacientul.
- e) Indiferent de momentul zilei în care se constată necesitatea chemării la program a uneia dintre persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" medicul curant sau medicul de gardă va solicita prezentarea la spital a uneia dintre persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" luând în considerare următoarele criterii de prioritizare:
  - Existența la programul orar a respectivei persoane;
  - Se va verifica dacă aceasta este în concediu de odihnă, concediu medical, recuperări, etc;
  - Profesia / funcția pe care este încadrată persoana înscrisă pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine". Ordinea în care se va apela la serviciul de translator va fi: 1. Medic; 2. Asistent medical; 3. Alte profesii;

- Nivelul de cunoaștere al limbii străine în care este necesar să se facă translația, de către persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine".

f) Prezentarea la program în afara timpului normal de lucru a persoanei solicitate în vederea efectuării de translație se va consemna, după caz, în documentele liniei de gardă, urmând ca timpul lucrat peste program (la care se adaugă timpul necesar deplasării de la / la domiciliu la / de la spital) să fie recuperat ulterior de către respectiva persoană la solicitarea acesteia.

g) Personalul Serviciului Resurse Umane, Normare, Organizare, Salarizare și Juridic are obligația de a actualiza permanent "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" pe măsura completării dosarelor personale ale sariașilor, precum și în situația încadrării funcțiilor vacante de personal.

h) În situația în care nu există personal propriu din cadrul CBR, cunoscător al limbii străine în care este necesar să se realizeze conversația cu pacientul nevorbitor de limbă română sau nivelul de cunoaștere al respectivei limbi străine este insuficient, spitalul va apela la traducători autorizați cu care are încheiate contracte de colaborare.

**Art.250.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română sunt următorii:

a) Număr de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație de către personalul propriu al CBR în scris pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine".

b) Număr de reclamații ale pacienților datorate acordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acestuia, în ultimul an calendaristic.

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

**Art.251.** Reglementarea modalității de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați are ca principale scopuri:

c) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;

d) Transformarea procesului de comunicare dintre personalul medical și pacient / familia acestuia, dintr-un proces formal în sens unic – medic pacient, într-un dialog constructiv și participativ, care să responsabilizeze ambele pentru reușita actului medical;

e) Educarea pacientului și a familiei sale pentru a putea lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri;

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

- Neacordarea de servicii medicale specifice patologiei pacienților pe timpul internării acestora sau prezentării în camera de gardă datorate unor "bariere" de comunicare;
- Reclamații ale pacienților datorate neacordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acestuia.

**Art.252.** (1) Etapele procesului de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

i) În momentul prezentării pentru internare a pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) medicul curant al acestuia va intreba membrului de

familie/aparținătorului care însوește respectivul pacient dacă dorește să se interneze împreună cu acesta. Această conduită se are în vedere a se adopta în contextul în care se pleacă de la premisa că membrul de familie/aparținătorul care însоește pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) are capacitatea de a comunica mimico-gestual cu respectivul pacient mult mai eficient decât personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor medicale. În situația acceptării acestei propunerii, întreg personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor pentru pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz), va implica în fiecare dintre etapele procesului de comunicare cu respectivul pacient membrii familiei/aparținătorii acestuia, astfel încăt să se poată lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri iar actul medical să se concretizeze într-o reușită;

j) La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, CBR poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul căzării membrului de familie/aparținătorului desemnat al pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.

k) În situația în care familia/aparținătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) nu doresc să asiste pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia, medicul curant al acestuia va apela în timpul vizetei medicale, la interpretul/interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficiențe de auz cu care spitalul are încheiate contracte/convenții de colaborare.

**Art.253.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sunt următorii:

- a) Număr de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de comunicare în limbajul mimico-gestual.
- b) Număr de reclamații ale pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sau ale familiilor/aparținătorilor acestora datorate neasigurării de servicii ale unor interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați în ultimul an calendaristic, pentru a căror membrii de familie/aparținători s-a asigurat la cerere cazare și hrănire contra cost.

### 18.30 Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

**Art.254.** Reglementarea procesului de deplasare a pacienților în spital are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de condiții de siguranță și confort în timpul deplasării pacienților la nivelul spitalului, cu respectarea circuitelor;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Producerea unor diferite accidente de orice natură în care sunt implicații pacienții;
  - Depunerea de către pacienți a unor reclamații în legătură cu modul defectuos de deplasare/transport la nivelul spitalului;

- Pierdere sau deteriorarea documentelor medicale care însotesc pacienții care se deplasează la consulturi interdisciplinare și investigații;
- Tragerea la răspundere penală sau administrativă a personalului spitalului în situația producerii unor accidente în care sunt implicații pacienții.

**Art.255.** Etapele procesului de deplasare a pacienților în cadrul CBR presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul CCBR toți pacienții care se deplasează în interiorul spitalului la consulturi interdisciplinare și/sau investigații sunt însotitori în mod obligatoriu de personal medico-sanitar.

b) În acest sens, în fisa de îngrijire a asistentului medical anexă la FOCG/FSZ, medicii șefi/coordonatori de structuri medicale precizează responsabilități personalului medico-sanitar de însotire a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații. Acesta din urmă are obligația de a cunoaște principalele circuite ale spitalului (îndeosebi circuitul hranei, circuitul lenjeriei, circuitul deșeurilor etc.) astfel încât pe timpul însotirii pacienților la consulturi interdisciplinare și/sau investigații să evite traseele care pot pune în contact pacienții cu diverse surse de IAAM sau care pot contamina hrana servită în cadrul spitalului.

c) Modul de deplasare la consulturi interdisciplinare și/sau investigații a pacienților depinde de starea de sănătate și de gradul de autonomie a fiecărui pacient în parte, existând o serie de particularități care privesc această activitate, în raport cu următoarele categorii de pacienți:

- Pacient autonom;
- Pacient neautonom:
  - Non-grav;
  - Grav/dependent.

d) Deplasarea pacientului la consulturi interdisciplinare și investigații se face la ora programată în acest sens după ce în prealabil se verifică de către medicii curanți/asistentele din tură menținerea programării (îndeosebi atunci când programarea a fost făcută cu mai multe zile în urmă) astfel încât să se evite formarea de cozi/aglomerări la medicii care realizează consulturile interdisciplinare sau în spațiile de așteptare pentru diferite investigații.

e) După ce se confirmă ora programării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, medicii curanți/asistentele din tură înmânează personalului desemnat ca însotitor FOCG/FSZ completat al pacientului (cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar). Pe timpul deplasării pacienților în cadrul spitalului, documentele medicale se păstrează în permanență asupra personalului însotitor al pacienților, acesta fiind direct răspunzător de integritatea respectivelor documente.

f) În situația pacienților autonomi, funcție de starea lor, aceștia se vor deplasa însotiti la consulturi interdisciplinare și investigații singuri (mers autonom) sau în cărucioare/fotolii rulante (în mod obligatoriu pacienții vârstnici). Pe timpul deplasării prin spital pacienții vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern. Însotitorii desemnați au obligația de a supraveghea pe tot parcursul deplasării la și de la consulturi interdisciplinare și investigații pacienții împotriva căderilor sau a oricăror tipuri de accidentări. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura

medicală în care este internat pacientul, personalul însotitor anunță medicul curant/medicul de gardă/asistenta din tură despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

g) În cazul pacientului neautonom non-grav, acesta va fi transportat de către personalul desemnat ca însotitor la consulturi interdisciplinare și/sau investigații cu fotoliu/cărucior rulant, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe respectivul mijloc de transport. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însotitor anunță medicul curant/medicul de gardă/asistenta din tură despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

h) Responsabilitatea stabilirii modului de transport în interiorul spitalului a pacientului neautonom grav/dependent revine în mod exclusiv medicului curant/de gardă al respectivului pacient. După caz, pacientul neautonom grav/dependent, va fi transportat de către personalul desemnat ca însotitor la consulturi interdisciplinare și/sau investigații cu targă de transport, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe targă. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însotitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

**Art.256.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de deplasare a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații sunt următorii:

- a) Număr de evenimente adverse asociate asistenței medicale cauzate de lipsa măsurilor de siguranță luate de către personalul desemnat ca însotitor pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de situații în care s-au pierdut/deteriorat documente medicale pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de reclamații a pacienților în legătură cu modul defectuos de deplasare/transport la nivelul spitalului, în ultimul an calendaristic.

### 18.31 Modul de realizare al meniurilor zilnice

**Art.257.** Reglementarea modalității de realizare al meniurilor zilnice are ca principale scopuri:

- a) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei fiecărui dintre aceștia;
- b) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie adaptată în concordanță cu convingerile proprii sau exprimate de către fiecare dintre aceștia;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - asigurarea de hrana necorespunzătoare pe categorii de patologii, afilierii religioase, spirituale sau personale ale pacienților;
  - reclamarea unor neconformități în legătură cu hrana care se servește în cadrul fiecărei secții medicale din spital;
  - deficit de imagine a spitalului în mass-media în cazul difuzării unor informații privitoare la calitatea nesatisfăcătoare a hranei în cadrul CCBR.

**Art.258.** Etapele modalității de realizare al meniurilor zilnice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în FOCG de către medicii curanți.
- b) Dieta zilnică recomandată pacienților de către medicii curanți va ține cont de patologia și alergiile pacienților precizate în FOCG.
- c) La solicitarea expresă a pacientului adresată medicilor curanți vor fi asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacienți, în măsura în care acestea nu contravin patologiei și alergiilor pacienților precizate în FOCG.
- d) „*Foaie zilnică de mișcare a bolnavilor internați în ziua \_\_\_\_\_*” realizată de asistentele șefe/asistenta de tură în baza înscrișurilor din FOCG, avizată de medicul șef de secție/medicul de gardă este transmisă zilnic responsabilului nominalizat cu dieta și nutriția care o centralizează. Situatia este centralizată zilnic de către responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția din cadrul CBR și este transmisă furnizorului de servicii de catering „*Comandă-centralizator cu număr de bolnavi repartizați pe diete*”.
- e) În cazul internării după ora 14 în CCBR a unor pacienți, asistenta de tură va întocmi situația suplimentară de alocare la masa și o va transmite furnizorului de servicii de catering.
- f) Furnizorul de servicii de catering întocmește meniurile zilnice pe zile calendaristice a meselor ce urmează a fi servite (dimineață/gustare, prânz/gustare, seara) raportat la „*Foaie zilnică de mișcare a bolnavilor internați în ziua \_\_\_\_\_*” menționată la lit. d).
- g) Furnizorul de servicii de catering întocmește planul meniu zilnic în condițiile prevăzute în contractul încheiat cu CCBR.

**Art.259.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

- a) Numărul de pacienți care au facut alergii alimentare precizate în FOCG în care sunt specificate alergiile pacienților raportat la numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de „*Foaie zilnică de mișcare a bolnavilor internați în ziua \_\_\_\_\_*” menționate la art. lit. d) întocmite de către asistentele șefe în care au fost preluate informațiile privind dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari consemnați în FOCG de către medicii curanți.
- c) Numărul de meniuri realizate/utilizate la nivelul CBR adaptate în concordanță cu convingerile proprii sau exprimate de către pacienți.

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

**Art.260.** (1) Reglementarea modalității în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, are ca principale scopuri:

- a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;
- b) Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.261.** Modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală, de la medici din cadrul spitalului sau medici acreditați din afara CBR.
- b) În sensul celor menționate la lit. a), medicul curant asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal a rubricii *”Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală”* din formularul *”Acordul pacientului informat”* – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței *”DA”*, urmată de obținerea semnăturii pacientului.
- c) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale, situație în care pacientul va achita la casieria unității contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.
- d) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, iar acest aspect presupune repetarea respectivelor investigații dar cu alte echipamente medicale decât cele utilizate în prima etapă, medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia situație în care pacientul va achita la casieria unității contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.

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

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

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

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

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

j) Exprimarea unei o ”a doua opinii medicale” de către medici încadrați în cadrul CBR se înscrive în F.O.C.G.-ul pacientului internat care a solicitat respectiva opinie, cu mențiunea că respectiva opinie este formulată la cererea expresă a pacientului.

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

l) Plata serviciilor medicale acordate pacienților internați de către unități sanitare publice/medici acreditați din afara CBR se suportă integral de către pacienții care și-au manifestat dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală”, în baza tarifelor practiceate de către respectivele unități sanitare publice/medici acreditați.

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

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

**Art.262.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” unor alți medici angajați ai spitalului precum și medicilor care nu sunt angajați ai spitalului, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate sunt următorii:

a) Numar de solicitari la cerere a accesului la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate),

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

### **18.33 Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență de a trata cazuri oncologice**

**Art.263.** (1) Reglementarea modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice are ca principale scopuri:

- a) Descrie managementul pacientului caz oncologic pe timpul internării în cadrul CBR;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- Neasigurarea continuității asistenței medicale pentru pacienții suspectați de un diagnostic oncologic
  - Reacții de frustrare, frică, durere, negare, furie ale pacienților;
  - Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adecvat);
  - Diminuarea gradului de satisfacție al pacientului și familiei acestuia, cu impact direct în ceea ce privește evoluția bolii.

**Art.264.** Etapele modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul CBR suspiciunea de diagnostic oncologic este identificată accidental în funcție de localizarea acestuia, pe baza setului de investigații necesare pentru stabilirea schemei terapeutice a pacientului în momentul actual sau atunci când diagnosticul prezumтив intuit de medicul curant poate influența prognosticul actualului episod de boală.
- b) Medicul curant recomandă pacientului în documentele de externare să se adrezeze unei unități medicale cu competență în precizarea diagnosticului oncologic pe baza buletinului de examinări histopatologice.

**Art.265.** Indicatorul de eficiență (după caz) și eficacitate ai modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice este:

- Numărul de pacienți suspecți oncologic cărora li s-a făcut recomandarea în documentele de externare de a se adresa unei alte unități cu competență în a trata cazuri oncologice, în ultimul an calendaristic.

#### **18.34 Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii**

**Art.266.** (1) Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea condițiilor pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.
- b) Asigurarea unei comunicări eficiente pe pagina de internet a spitalului a unor informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - agravarea stării de sănătate a pacientului, inclusiv decesul acestuia, în contextul neasigurării continuității îngrijirilor.
  - limitarea opțiunilor de recuperare/reabilitare a pacientului, din cauza lipsei de informații.
  - reinternarea pacienților cu aceeași afecțiune.

**Art.267.** (1) Etapele procesului de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prin grijă directorului medical se va întocmi la nivelul CBR o listă a organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire pentru care spitalul are cea mai mare adresabilitate din partea pacienților și care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate din zonele de acoperire. Aceasta se întocmește pentru Municipiul București și pe județe (Ilfov, Giurgiu, Teleorman, Olt, Buzău Călărași, Dâmbovița, Ialomița și Argeș) și cuprinde datele de contact a fiecărei organizații identificate, precum și detalii privind obiectul de activitate al fiecăreia dintre acestea.

b) Prin grijă directorului medical se realizează în extras o listă cu informații succinte din lista organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, extrasele respective afișându-se pe fiecare din structurile medicale astfel încât să se asigure informarea tuturor pacienților despre existența respectivelor organizații.

c) Informații despre întocmirea și postarea pe pagina web și pe rețeaua de intranet a spitalului a listei organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, se comunică imediat după întocmirea acesteia în cadrul ședinței Consiliului medical cât și la raportul de gardă cu participare largită a personalului care se desfășoară săptămânal, astfel încât întreg personalul medico-sanitar să ia act de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiile acestora, despre posibilitățile de accesare a

serviciilor de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului și aflate în contract cu casele de asigurari de sanatate.

d) La cererea pacienților care se externează și care au domiciliul în alte județe decât zona de acoperire a CBR, medicii curanți ai acestora au obligația de a identifica pe internet și a pune la dispoziție pacienților variante de organizații care asigură servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în zona de domiciliu a pacienților.

**Art.268.** Indicatorul de eficiență (după caz) și eficacitate al prezentei reglementări este:

- Numărul organizațiilor identificate care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului și care fac obiectul informării pacienților care se externează din CBR.

### **18.35 Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare**

**Art.269.** (1) Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

- g) Stabilește datele medicale necesar a fi culese consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării
  - h) Înregistrarea corectă, completă, în timp real a datelor medicale.
  - i) Evitarea redundanțelor.
  - j) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
    - Înregistrarea incompletă și/sau incorectă a datelor medicale;
    - Apariția redundanțelor în înregistrările medicale;
    - Greșeli umane de operare sau manipulare.
    - Defecțiuni software, de orice natură, pot conduce la funcționarea defectuoasă sistemului, astfel apar erorile de înregistrare.

**Art.270.** (1) Etapele procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

f) Utilizarea datelor cu caracter personal în cadrul CBR este necesar să se realizeze în conformitate cu reglementările legale în vigoare prin care se aigură protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

g) Colectarea datelor medicale și completarea acestora în documentele medicale pe întreaga durată a internării pacienților în CBR se desfășoară în conformitate cu prevederile *OMS nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare*.

h) Colectarea informațiilor în **format electronic** se efectuează începând cu internarea pacientului până la consemnarea rezultatelor investigațiilor medicale. Înregistrarea datelor în format electronic se realizează astfel:

- În camera de gardă pentru a înregistra urgență - datele de identificare ale pacienților
- Pentru internarea continuă - setul minim de date din FOCG.
- Pentru internarea de zi - datele de identificare ale pacienților se introduc în FSZ.
- Pentru consultațiile în ambulatoriu integrat - datele de identificare ale pacienților

i) În momentul internării continue a pacientului în FOCG se completează în format electronic Setul Minim de Date la Nivel de Pacient în Spitalizare Continuă (SMDPC). Pentru

paciенii internаți între orele 8,00 - 15,00 FOCG se întocmește la nivelul Biroului internări prin completarea în format electronic a SMDPC, respectiv:

- Codul de identificare a cazului internat.
- Codul de identificare a spitalului
- Codul de identificare a secției
- Numărul foii de observație clinică generală
- Codul de identificare a pacientului - CID
- Codul situației speciale (suspicione de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)
- Structura prin care se realizează internarea pacientului
- Sexul
- Data nașterii
- Județul de domiciliu al pacientului
- Localitatea de domiciliu al pacientului
- Cetățenia
- Ocupația
- Nivelul de instruire
- Statut asigurat
- Tipul asigurării de sănătate
- Nr. card european
- Nr. pașaport
- Nr. card național
- Casa de asigurări de sănătate
- Tipul internării
- Serie bilet internare
- Număr bilet internare
- Criteriul de internare
- Data internării
- Ora internării
- Diagnosticul de trimis

j) Documentele medicale completate cu informațiile menționate sus-menționate se listează și însoțesc pacientul pe secția unde acesta se internează.

k) Ulterior toate informațiile din FOCG se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:

- În situația internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului din linia de gardă aferentă și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO DRG v.1.
- Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, se codifică în conformitate cu clasificarea RO DRG v.1.
- Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO DRG v.1.
- În caz de transfer intraspitalicesc se va stabili pentru o FOCG un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celealte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.
- Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.

- Investigațiile și procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcționale, investigații radiologice) se vor înregistra codificat, specificându-se și numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.

Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, CIM-10-AM v.3.

Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator conform anexei 1 la OMS nr. 1782/2006.

Explorările funcționale și investigațiile radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații.

Rezultatele investigațiilor de laborator/paraclinice și buletinele de analiză/examinare sunt transmise de către serviciile paraclinice în format electronic și/sau format letric, se printează și se introduc în FOCG. Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrive numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația că acesta nu este înscris în format electronic.

Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.

- Evoluția și tratamentul prescris se consemnează zilnic de medicul curant. Efectuarea tratamentului se consemnează de asistentul de tură.
- Tabelul "Transferuri" din FOCG se completează de către asistentele șefe de secție în momentul venirii și plecării pacientului dintr-o secție în alta – secția menționând data și ora. Medicul curant verifică informațiile și validează prin semnătură și parafă corectitudinea datelor înscrise de asistente. Medicul curant poartă întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înregistrate în FOCG.
- Orice incident care apare în legatură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în FOCG și se anunță medicul șef de secție.

l) Planul de îngrijiri se inițiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării și se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.

m) Asistentul medical șef de secție verifică, prin sondaj, completitudinea și corectitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/pacient. Planul de îngrijiri se anexează la FOCG.

n) Documentele medicale de externare (epicriză, bilet de externare, scrisoare medicală, certificat medical, certificat constatator al morții, după caz), se întocmesc în format electronic de medicul curant din secția de profil. Acestea se verifică și validează prin semnătură de medicul șef de secție sau persoana deasemnată de către acesta.

o) Medicul șef de secție sau persoana deasemnată de către acesta are obligația de a verifica toate FOCG - urile pacienților internați în secție, cel puțin la internarea și externarea acestora.

p) La nivelul CBR, anual, de regulă în luna februarie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție sau a persoanelor desemnate cu verificarea FOCG cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

q) La nivelul CCBR, semestrial, de regulă în luna martie și septembrie, șeful BMCSM prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (FOCG, bilet de externare, trimitere etc).

**Art.271.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:

- a) Procent FOCG completate conform cerințelor legale din total nr FOCG analizate.

- b) Procent Plan îngrijire adult anexa la FOOG completat conform reglementărilor interne din totalul Planurilor îngrijire adult anexe la FOOG analizate.

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

**Art.272.** (1) Reglementarea privind modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare are ca principale scopuri:

- a) Crearea cadrului normativ intern care să asigure ca specialiștii din serviciile paraclinice să facă parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe;
- b) Asigurarea de către spital a unei abordări multidisciplinare a practicii medicale, completă și personalizată, prin participarea specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare;
- c) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul CBR;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Abordare neintegrată a pacientului care poate determina erori de diagnostic și tratament;
  - Creșterea timpului de diagnosticare și aplicarea cu întârziere a unor tratamente adecvate pacienților;
  - Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.273.** (1) La nivelul CBR situațiile care necesită abordare multidisciplinară sunt următoarele:

- Cazurile medicale cu multiple comorbidități, cu evoluție agravată a patologiei de bază și/sau a celor asociate;
- Cazuri medicale ce implică patologii rare;
- Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a CBR și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate la alte spitale.

(2) În oricare dintre situațiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare pentru cazurile medicale ale căror rezultate ale investigațiilor paraclinice (analize medicale și/sau imagistică medicală) furnizează informații echivoce și/sau care contravin diagnosticului inițial.

(3) Etapele procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesară convocarea echipei multidisciplinare.

b) Dacă spitalul nu dispune de un medic cu o anumită specialitate care se impune să fie prezent în cadrul echipei multidisciplinare acesta va fi invitat în baza protocolelor de colaborare încheiate interinstituțional. Directorul medical, în colaborare cu medicul curant va transmite invitația de participare a respectivului specialist în cadrul echipei multidisciplinare.

c) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului și a rezultatelor examenelor paraclinice puse la dispoziție de către medicul curant, membrii echipei multidisciplinare au obligația să analizeze dacă este necesară convocarea specialiștilor din serviciile paraclinice în vederea stabilirii conduitei terapeutice.

d) Fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare, inclusiv specialiștii din serviciile paraclinice, au obligația de a contribui în limitele competențelor și a experienței pe care o au la stabilirea diagnosticului și a unei conduite terapeutice pentru fiecare dintre pacienții pentru care a fost convocată respectiva echipă. În acest sens, fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare formulează un diagnostic și un plan de tratament sau de îndrumare a pacientului într-un alt serviciu de specialitate, după caz, în urma evaluării examenului clinic al pacientului al istoricului bolii consemnate în FOCG, coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice consemnate de asemenea în FOCG

e) În urma analizei fiecărei propuneri formulate se stabilește un diagnostic unitar și o conduită unică de tratament urmând ca pacientul să fie reanalizat de aceeași comisie la un anumit interval de timp stabilit de comun acord între membrii echipei multidisciplinare, după caz.

f) Concluziile se consemnează în FOCG cu menționarea datei și orei la care s-a desfășurat ședința, asumate prin parafă și semnatura fiecărui specialist din comisie.

g) În ceea ce privește cazurile medicale deosebite directorul medical analizează toate situațiile care au impus convocarea echipei multidisciplinare în cursul fiecărui trimestru. În urma analizei și la propunerea medicilor curanți care au tratat respectivele cazuri, directorul medical selectează cazurile cele mai reprezentative pentru a fi discutate în ședințele Consiliului Medical

h) Ședința este condusă de către directorul medical, fiecare dintre cazurile selectate spre dezbatere fiind prezentate de către medicii curanți care au tratat respectivele cazuri.

i) În cadrul respectivei ședințe fiecare specialist analizează datele consemnate în FOCG (istoricul bolii, examen clinic, examene paraclinice, conduită de tratament, evoluția bolnavului) și se poartă discuții libere cu privire la aceste date între medicii clinicieni și specialiștii din serviciile paraclinice, trăgându-se concluzii utile care ar putea fi utilizate pe viitor.

j) Minuta întâlnirii și eventualele propuneri vor fi consemnate într-un proces verbal întocmit de medicul al cărui caz a fost prezentat. În situația discutării mai multor cazuri într-o singură ședință, fiecare dintre medicii curanți ale căror cazuri au fost discutate își vor aduce aportul la redactarea minutei respectivei ședințe.

**Art.274.** Indicatorul de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare este:

- Numărul cazuri pentru care fost convocate echipe multidisciplinare în care a fost nevoie de prezența specialiștilor din serviciile paraclinice din totalul cazurilor pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare, în ultimul an calendaristic.

### **18.37 Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian**

**Art.275.** Reglementarea procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian are ca principale scopuri:

- a) Asigură aducerea la cunoștința medicilor prescriptori, în timp oportun, a informațiilor despre introducerea pe piață/in spital a unor produse antibacteriene nou apărute/neachiziționate anterior, a indicațiilor terapeutice, contraindicațiilor, precauțiilor, interacțiunilor, dozelor și a modului de administrare, precum și a reacțiilor adverse a acestora.

b) În condițiile lipsei informațiilor în legătură cu noi produse antibacteriene, prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- prevenirea apariției și răspândirii în spital a unor tulpi bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germen producători de carbapenemaze, etc.), care pot fi implicate în producerea IAAM;
- utilizarea unui antibiotic inadecvat care poate duce la agravarea și prelungirea suferinței pacienților;
- prelungirea perioadei de spitalizare și creșterea costurilor spitalizării.

**Art.276.** (1) Informarea despre introducerea pe piață/în spital a unui nou produs antibacterian se poate face în următoarele situații:

- apariția unui produs antibacterian nou pe piață/în spital;
- apariția unor germeni multirezistenți la antibiotice;
- scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp (pentru a preveni apariția multirezistenței la antibiotice) și înlocuirea lor cu produse din aceeași clasă sau din clase diferite.

(2) Etapele procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian presupune derularea următorelor activități și exercitarea următorelor responsabilități:

a) În cazul apariției pe piață a unui produs antibacterian nou, medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul Consiliului Medical care analizează, după caz, posibilitatea introducerii acestuia în uz/achiziționarea la solicitarea medicilor curanți.

b) La sesizarea scrisă a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice sau pentru scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp, se întrunește Comisia medicamentului de la nivelul CBR care hotărăște introducerea, după caz, unui nou produs antibacterian. Propunerile formulate prin procesul-verbal de ședință al Comisiei medicamentului se aprobă în ședința Consiliului medical.

c) La introducerea în spital a unui produs antibacterian nou, medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul raportului de gardă subliniind îndeosebi aspecte privitoare la indicațiile terapeutice, contraindicațiile, precauțiile, interacțiunile, dozele și modul de administrare, precum și potențialele reacții adverse a acestuia, astfel încât acestea să fie cunoscute medicilor prescriptori în momentul prescrierii lor. Farmacistul informează medicii curanți de existența produsului antibacterian în stocul farmaciei în cadrul raportului de gardă.

**Art.277.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

a) Număr de produse antibacteriene noi pentru care medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie prezintă prospectul acestora în cadrul Consiliului Medical, în ultimul an calendaristic.

b) Număr de propunerile formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, care au fost aprobată în ședințe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic.

### **18.38 Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe**

**Art.278.** Reglementarea procesului de abordare multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe are ca principale scopuri:

a) Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilite modalități de lucru.

b) Prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- prevenirea apariției și răspândirii în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.), care pot fi implicate în producerea IAAM;
- utilizarea unui antibiotic inadecvat care poate duce la agravarea și prelungirea suferinței pacienților;
- intrarea pacienților în soc septic urmat inclusiv de decesul acestora.

**Art.279.** Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru identificarea prezenței infecțiilor severe, medicii curanți din cadrul CBR vor observa următoarele semne și simptome ale acestora, care sunt adesea nespecifice:

- Febră, frisoane
- Confuzie
- Anxietate
- Deficiență de respirație
- Oboseală și indispoziție
- Grețuri și vârsături
- Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic

b) În acest sens, medicii curanți vor localiza semnele și simptomele referitoare la sistemele de organ, deoarece acestea pot furniza informații folositoare pentru etiologia sepsisului, după cum urmează:

- Infecții la nivelul capului și gâtului: durere de cap severă, rigiditatea gâtului, alterarea statusului mental, dureri de ureche, durere de gât, durere de sinus, linfadenopatie cervicală sau submandibulară.
- Infecții pulmonare și toracice: tuse (în special dacă este productivă), durere toracică pleuritică, dispnee, matitate la percuție, raluri localizate, orice evidențiază o condensare.
- Infectii gastrointestinale și abdominale: diaree, durere abdominală, distensie abdominală, sensibilitate spontană sau la palpare, sensibilitate la tușeul rectal sau umflături.
- Infectii pelvine sau genitourinare: durere pelvină sau în flanc, sensibilitate anexială sau mase la palpare, secreții vaginale sau uretrale, disurie, polakiurie.
- Infectii ale oaselor și tesuturilor moi: durere localizată la nivelul membrelor, eritem focalizat, edem, articulații umflate, crepitații în infecțiile necrozante, efuziuni articulare.
- Infecții ale pielii: peteșii, purpură, eritem, vezicule, ulcerații.

c) Medicii curanți din cadrul CBR este necesar să aibă în vedere că semnele distinctive ale infecțiilor sunt schimbările care apar la nivel microvascular și la nivel celular și pot să nu fie clar manifestate în semnele vitale sau la examinarea clinică.

d) Managementul pacienților cu infecții severe presupune desfășurarea de către medicii curanți din cadrul CBR următorului algoritm:

- Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul CBR în echipă formată de medicul curant, împreună cu medicul cu pregătire

specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog). Abordarea multidisciplinară se realizează îndeosebi pentru respectarea aşa-numitelor „standarde de aur“ în alegerea antibioticului și în asocierea de antibiotice. Cerințele „standardului de aur“ în alegerea antibioticului de către echipa multidisciplinară sunt următoarele:

- recoltarea probelor microbiologice se face înaintea instituirii oricărei antibioterapii;
- se administrează antibiotice numai când există argumente clinico-biologice evidente pentru prezența infecției bacteriene sau constituie o urgență pentru prognosticul pacientului;
- se alege antibioticul în funcție de sensibilitatea cunoscută a florei microbiene incriminate, dar cu efectul cel mai redus asupra florei comensale;
- efectul antibioticoterapiei se reevaluează după 24–72 de ore și se consemnează în foia de observație; dirijarea antibioticoterapiei se face numai după antibiogramă;
- posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârstă, patologiile asociate – insuficiență renală, hepatică, aplazie medulară etc.);
- decizia prelungirii antibioticoterapiei peste șapte-zece zile trebuie să fie argumentată clinic și biologic (în terapia prelungită, raportul beneficiu/risc este nefavorabil);
- se preferă calea de administrare orală, dacă este posibil.

➤ Echipa multidisciplinară formată la solicitarea medicului curant va urmări atingerea în cadrul tratamentul pacienților cu infecții severe a următoarelor scopuri majore:

- Începerea antibioterapiei cât mai precoce posibil;
- Menținerea adecvată a funcției sistemelor de organ și intreruperea progresiei către insuficiență acută de organ;
- Identificarea sursei infecției (controlul sursei);
- Transferul cu ambulanța într-un serviciu de specialitate pentru investigații suplimentare și plan terapeutic adaptat.

**Art.280.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de abordare multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe sunt următorii:

- a) Număr de pacienți cu infecții severe transferați din totalul pacienților externați în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de decese cauzate de IAAM în ultimul an calendaristic.

#### **18.39 Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate**

**Art.281.** Reglementarea situației în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate are ca principale scopuri:

- a) Respectarea în toate situațiile a drepturilor pacientului instituite prin lege;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.282.** (1) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

(2) Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.

(3) Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

(4) În situațiile prezentate la alineatele (2) și (3), medicul curant are următoarele obligații:

- a) asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal a rubricii "Pacientul *dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate*" din formularul "Acordul pacientului informat" – instituit de prevederile OMS nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în FOCG, prin bifarea căsuței "NU", urmată de obținerea semnăturii pacientului. Din acest moment personalul medical nu va mai furniza niciun fel de informații pacientului.
- b) Asigură la solicitarea pacientului care a refuzat să fie informat posibilitatea ca informațiile despre starea sa medicală să fie comunicate altor persoane. Acordul pacientului privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea sa de sănătate, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale“, prevăzut în anexa nr. 5 la OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003. Pacientul/reprezentantul legal al acestuia va completa numele și prenumele persoanei/persoanelor desemnate de către acesta să primească informații cu privire la starea proprie de sănătate, precum și calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație).

(5) Pacientul/reprezentantul legal al acestuia are dreptul de a reveni oricând asupra deciziei consemnate în formularul „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale“, prin completarea pe același formular a casetei în care declară sub semnătură faptul că a retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea sa de sănătate persoanei nominalizate pe respectivul formular.

**Art.283.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate aferenți situației în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate sunt următorii:

- a) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerrespectarea dreptului acestuia de a nu mai fi informat cu privire la starea sa de sănătate;
- b) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerrespectarea dreptului acestuia de a desemna o altă persoană care să fie informată cu privire la starea sa de sănătate.

#### **18.40 Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale**

**Art.284.** Reglementarea modalității de implicare a pacientului în procesul de învățământ medical și a procesului de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, pentru a evita suspectarea unei culpe medicale are ca principale scopuri:

- a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;
- b) Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;

- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.285.** (1) Etapele procesului de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Personalul medico-sanitar din cadrul CBR va solicita „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, în toate situațiile în care studenții facultăților de medicină, asistență medicală, medicii rezidenți, elevii școlilor postliceale de asistenți medicali, precum și alți medici, asistenți medicali care nu îngrijesc pacientul urmează să aibă acces, în scop didactic, la pacient sau la datele medicale ale acestuia. Accesul la pacient sau la datele medicale ale acestuia este condiționată de obținerea anterioară de către medicii curanți ai pacienților a respectivului formular completat și semnat de către pacient.

b) Personalul medico-sanitar din cadrul CBR poate realiza fotografierea sau filmarea pacienților, în cazurile în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fără consimțământul acestora.

c) În mod obligatoriu înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este pastrată, în original, atașată la foaia de observare clinică generală a respectivului pacient, iar motivația înregistrării va fi înscrisă în respectiva foaie.

d) În toate situațiile care nu sunt prevăzute la lit. b) personalul medico-sanitar din cadrul CBR este obligat să asigure obținerea consimțământului scris pacientului, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare*“, prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.

e) Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii în acest sens a consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului.

f) În sensul celor menționate la lit. d), personalul medico-sanitar din cadrul CBR va obține inițial consimțământul scris al pacientului/reprezentantului legal, prin completarea formularului „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.

g) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune Consiliului medical planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.

h) Formularele prin care pacienții își exprimă acordul privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare precum și participarea la învățământul medical se introduc în FOOG și se arhivează împreună cu aceasta.

i) Evidența lunară a tuturor formularelor instituite ca anexe la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului care sunt completeate de către pacienți și introduse în FOCG se asigură de asistentele șefe ale fiecărei structuri medicale sau asistenta de tură, respectiva evidență fiind utilizată ulterior în analizele efectuate de către personalul cu competențe în acest sens din cadrul CCBR.

**Art.286.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale, sunt următorii:

a) Numărul total de înregistrări audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este pastrată, atașate în original la foia de observare clinică generală (inclusiv cu motivare înscrișă în respectiva foaie) raportat la numărul total al pacienților înregistrați pe parcursul ultimului an calendaristic.

b) Numărul total de instruirii cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare, raportat la planificarea anuală întocmită în acest sens.

#### **18.41 Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală sau în caz de deces**

**Art.287.** Scopurile acestei reglementări se referă în principal la:

- a) Stabilește conduită de comunicare către aparținătorii în caz de degradare a stării pacientului și regulile de acces a aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală.
- b) Stabilește conduită de comunicare către aparținătorii a iminenței/survenirea decesului, precum și informațiile care se comunică aparținătorilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- Reclamații ale aparținătorilor determinate de comunicarea deficitară a stării pacienților;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.288.** (1) În situația agravării bolii și/sau existența fazei terminale, implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

b) Deși – de exemplu, diagnosticul de cancer, reprezintă întotdeauna o veste rea pentru aparținătorii unui pacient, diagnosticul de fază incurabilă este o veste mult mai rea, deoarece ea presupune decesul într-o perioadă relativ scurtă a bolnavului. Cu toate acestea medicul curant al pacientului trebuie să comunice acest lucru bolnavului și familiei, recomandând cu această ocazie instituirea tratamentului paliativ, după caz, aspect pe care îl va consemna în FOCG. Pentru a comunica diagnosticul de fază incurabilă, medicul curant trebuie să stabilească mai întâi dacă bolnavul ar dori să știe acest lucru și dacă este pregătit să îl afle. În acest sens, medicul curant va

aplica întocmai prevederile *Reglementarii Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*” din prezentul Regulament. În cazul în care bolnavul ar dori să știe adevărul despre boala sa, medicul curant trebuie să-i comunice bolnavului acest lucru cu mult tact. În comunicarea către pacient și familie a diagnosticului de fază terminală, medicul curant este necesar să țină seama de următoarele reguli:

- Să caute timpul și locul potrivit;
- Să respecte sensibilitatea bolnavului;
- Să folosească expresii potrivite nivelului de înțelegere a bolnavului și / sau a familiei acestuia;
- Să dea dovada de atașament și de compasiune;
- Să răspundă la întrebările bolnavului și / sau a familiei acestuia;
- Să nu excludă orice speranță a bolnavului și / sau a familiei acestuia;
- Să stabilească obiective realiste;
- Să-l asigure pe bolnav și / sau pe familia acestuia că va face tot ce este posibil și că va ține seama de părerile bolnavului.

c) Deoarece îmbolnăvirea unui membru al familiei reprezintă un stres foarte mare pentru aparținători, iar decesul unui membru al familiei reprezintă un stres cu mult mai mare, medicul curant trebuie să acorde importanță cuvenită și susținerii psihologice a familiei. În acest sens, medicul curant trebuie să informeze corect familia și să o pregătească pentru ce ce are de făcut, **în acest sens putând implica psihologul cu care colaborează CBR**. Comunicarea deschisă, onestă, echilibrată cu familia reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict familie/medici și facilitează o tranziție ușoară către terapia paliativă a pacientului, către o atmosferă de calm, resemnare, înțelegere a stării de terminare a vieții în condiții de confort, calm, pace sufletească.

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

e) Dacă pacientul/familia doresc să plece la domiciliu, medicul curant va consemna acest aspect în documentele medicale, cu obligația transportului din partea spitalului, cu autosanitara dotată corespunzător și cu personal de însoțire.

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

(2) În situația decesului pacientului, implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Asistenta medicală are responsabilitatea de a anunța medicul curant/medicul șef de secție/medicul de gardă;
- b) Medicul care constată decesul consemnează în FOCG data și ora decesului, precum și ora la care au fost anunțați telefonic aparținătorii conform *Procedurii operaționale privind externarea pacientului*. **Informaază aparținătorii despre posibilitatea acordării asistenței**

**psihologice pentru membrii familiei decedatului.** În cazul în care după 24 h de la deces nu s-a putut lăsa legătura telefonic cu aparținătorii, informează conducerea în vederea comunicării evenimentului în scris către Politia de sector.

**Art.289.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de reclamații ale aparținătorilor determinate de comunicarea deficitară pe timpul agravării bolii/în faza terminală instalată sau în caz de deces al pacientului;
- b) Număr de evenimente mass-media cu impact negativ asupra spitalului, datorate modului de comunicare defectuos pe timpul agravării bolii sau în caz de deces al pacientului.

#### **18.42 Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament**

**Art.290.** Reglementarea procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament are ca principale scopuri:

- a) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar a fi luate în situația unor abateri involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.
- b) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar a fi luate în situația unor abateri voluntare nejustificate medical generate de indisiplină, rea voință etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.
- c) Conștientizarea personalului medico-sanitar în ceea ce privește necesitatea ca protocoalele de diagnostic și tratament să fie utilizate la nevoie individualizat, conform particularităților cazului;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Imposibilitatea luării de măsuri adecvate în situația constatării unor abateri involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc.;
  - Imposibilitatea luării de măsuri adecvate în situația constatării unor abateri voluntare nejustificate medical generate de indisiplină, rea voință etc.;
  - Neadaptarea individualizată a protocoalelor de diagnostic și tratament, conform particularităților cazului.

**Art.291.** Etapele procesului de procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) **Semestrial**, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărei secții medicale se întocmesc analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament proprii fiecărei structuri medicale.
- b) În cadrul analizelor menționate la litera a) se vor identifica:
  - Abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc.;
  - Abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisiplină, rea voință etc.;
  - Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului;
  - Abateri voluntare justificate de alte criterii (reglementări juridice; nivel de competență, grade academice universitare; eventuale studii clinice derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol).

c) În cadrul analizelor, pentru fiecare dintre abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc. cât și pentru fiecare dintre abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisiplină, rea voință etc. se vor identifica în mod punctual cauzele și vor fi propuse măsuri de remediere, după caz

d) Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului cât și în baza altor criterii vor fi susținute în cadrul analizelor efectuate de către judecata clinică, cunoștiințele și experiența deținută de clinicienii care au decis abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:

- Vârste extreme;
- Sex;
- Comorbidități;
- Complicații;
- Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
- Atitudinea față de boală a pacientului
- Alergii la medicamente, etc.

e) Analizele menționate la lit. a) se vor constitui în anexe la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, care va fi înaintat de către șefii de structuri medicale Consiliului medical.

f) Pentru a documenta cât mai exact analizele abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament, șefii structurilor medicale pot decide ca respectivele abateri să fie înscrise în FOCG-urile pacienților în situația cărora au fost aplicate protocoale medicale care fac obiectul analizelor semestriale.

**Art.292.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt următorii:

a) Numărul abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

b) Numărul abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisiplină, rea voință etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

c) Numărul abaterile voluntare justificate medical prin particularitățile cazului din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

d) Numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

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

**Art.293.** Reglementarea procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric are ca principale scopuri:

- a) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul CBR;
- b) Se asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată pentru fiecare pacient în parte;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Abordare neintegrată a pacientului care poate determina erori de diagnostic și tratament;
  - Erori de adresabilitate: când, cui, cum se solicită consultul cu impact în consum crescut de resurse;
  - Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.294.** (1) Procesul de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului, medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesar un consult interdisciplinar/consult psihiatric imediat (în timpul internării curente) sau dacă acesta se va recomanda pacientului la externare o evaluare mai complexă în afara episodului curent de internare.
- b) Consulturile interdisciplinare imediate, inclusiv consulturile psihiatric se vor solicita de către medicul curant doar în cazurile în care sunt necesare pentru stabilirea schemei terapeutice a pacientului în momentul actual sau atunci când diagnosticul prezumтив intuit de medicul curant poate influența prognosticul actualului episod de boală.
- c) În situația în care patologia asociată a pacientului nu influențează nici terapeutic, nici prognostic episodul actual de boală, pacientului i se va recomanda la externare de către medicul curant completarea investigațiilor.
- d) Decizia de a considera că un consult interdisciplinar, inclusiv consultul psihiatric, este necesar aparține integral medicului curant. Pacientul nu are dreptul să solicite consulturi interdisciplinare. Internarea pentru un episod actual de boală presupune evaluarea pacientului în ceea ce privește această patologie și nu implică consulturi interdisciplinare fără legătură.
- e) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinare intern, va lua legătura cu medicul de specialitate și va programa pacientul la consultul interdisciplinar. Medicul curant va menționa în FOCG/FSZ data, ora și locația consultului interdisciplinar (ex.: în Ambulatoriu, la pat) menționând/justificând totodată motivul solicitării. Solicitarea de consult interdisciplinar înscrisă în FOCG/FSZ se va data, semnată și parafată de către medicul curant.
- f) Consultațiile interdisciplinare, se acordă la recomandarea medicului curant, aprobată de medicul șef de secție.
- g) Responsabili de asigurarea consultațiilor interdisciplinare sunt, de regulă, medicii din ambulatoriu și medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda.
- h) Anterior de efectuarea consultului interdisciplinare intern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul curant are obligația să completeze în FOCG/FSZ cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredo- colaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar. În condițiile în care la momentul

consultului interdisciplinar datele menționate nu sunt prezente în FOCG/FSZ iar situația medicală nu reprezintă o urgență, pacientul va fi reprogramat pentru consult interdisciplinar la o dată ulterioară în vederea evitării unor posibile erori medicale prin lipsa informațiilor medicale complete.

i) În funcție de starea de sănătate și diagnosticele asociate ale pacientului, acesta se va deplasa la consultul interdisciplinar intern pe jos sau cu căruciorul, obligatoriu însoțit de personal medico-sanitar din secția în care este internat, atât la dus cât și la înapoiere. Pacientul se va deplasa îmbrăcat în ținuta de spital, cu halat și va fi însoțit de FOCG/FSZ. Pentru pacienții nedeplasabili, medicul curant va solicita consultul la patul bolnavului. În această situație medicul curant va lua legătura cu medicul solicitat la consult și va justifica respectiva cerere.

j) Medicul care acordă consultul interdisciplinar intern, va consemna atât în FOCG/FSZ al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare data și ora consultului, constatările sale, recomandările de investigație și/sau terapeutice și necesitatea unei eventuale reevaluări ulterioare semnând și parafând. În situația în care se constată de către medicul care acordă consultul interdisciplinar că FOCG/FSZ este necompletată cu datele necesare efectuării consultului iar starea pacientului nu reprezintă o urgență, acesta poate refuza acordarea consultului motivând atât în FOCG/FSZ al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare motivul refuzului și va transmite medicului curant data noii programări, urmând ca acesta din urmă să remedieze situația semnalată. Dacă situația pacientului reprezintă o urgență, medicul care asigură consultul interdisciplinar/consultul psihiatric va consemna în FOCG/FSZ al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare datele constatațe și propunerile sale de diagnostic, investigații și tratament, cu mențiunea că este integral responsabilitatea medicului curant să integreze aceste informații în managementul cazului și să ia decizia medicală corespunzătoare.

k) După terminarea consultului interdisciplinar intern medicul care a asigurat respectivul consult înmânează FOCG/FSZ a pacientului trimis spre consult interdisciplinar personalului medico-sanitar care a însoțit pacientul, acesta fiind însoțit înapoi pe secția pe care se află internat. FOCG/FSZ a pacientului consultat interdisciplinar va fi înmânată pe secție medicului curant, acesta având responsabilitatea ducerii la îndeplinire a celor menționate în cadrul consultului interdisciplinar.

l) În situația în care în cadrul consultului interdisciplinar intern/extern precum și a consultului psihiatric se fac recomandări de evaluare diagnostică complexe (analize de laborator, examinări imagistice et.) medicul curant va decide dacă acestea se vor efectua în cursul actualei internări sau vor fi recomandate la externarea pacientului, urmând ca acesta să completeze examinările în rețeaua națională (prin medicul de familie, ambulatorii de specialitate sau internare în alte secții/spitale). Ca regulă generală, se vor efectua strict acele investigații al căror rezultat pot influența episodul actual de boală din punct de vedere prognostic sau terapeutic, urmând ca patologii asociate să fie evaluate în afara respectivei internări.

m) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, și acest consult nu se poate efectua în cadrul spitalului datorită lipsei de personal medical calificat și/sau a unor echipamente medicale, el va prezenta situația medicului șef de secție în vederea obținerii acceptului de a lua legătura cu un medic dintr-o altă instituție sanitară cu care CBR are încheiate protocoale de colaborare în acest sens și va programa cu această ocazie

pacientul pentru consult. Medicul curant va menționa în FOCC/FSZ data, ora și locația unde se propune efectuarea consultului interdisciplinar (instituția medicală, denumirea secției, numele medicului care urmează să efectueze consultul), motivând respectiva solicitare pe care o va semna și parafa. Trimiterea pacienților la consulturile interdisciplinare externe este condiționată de obținerea prealabilă a aprobării directorului medical.

n) Pentru consulturi interdisciplinare externe, inclusiv a consulturilor psihiatrice, medicul curant va lua legătura cu Serviciul AAATT în vederea deplasării pacientului cu ambulanța, menținând cu această ocazie situația în care pacientul este necesar să fie însoțit de medic sau doar de personal mediu sanitar.

(2) Anual, în Consiliul Medical se nominalizează medicii din cadrul spitalului care acordă consulturi interdisciplinare, respectivii medici având obligația ca în cadrul programului de 7 ore în medie pe zi lucrătoare, să acorde, cu prioritate, consulturile interdisciplinare pentru pacienții internați în cadrul spitalului sau pentru cei internați în alte spitale – în baza relațiilor contractuale stabilite între CBR și alte unități sanitare publice.

(3) Medicii șefi de structuri medicale și directorul medical au obligația de a coordona și controla acordarea cu prioritate a consulturilor interdisciplinare.

**Art.295.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe sunt următorii:

- a) Număr de consulturi interdisciplinare interne efectuate de către medicii fiecarei structuri medicale, pe parcursul anului calendaristic precedent.
- b) Număr de consulturi interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, efectuate de către medici din afara CCBR pe parcursul anului calendaristic precedent, în baza unor protocoale de colaborare existente – în vigoare.
- c) Număr de protocoale de colaborare în vigoare care au ca obiect consulturile interdisciplinare încheiate de către CCBR cu alte unități sanitare.

#### **18.44 Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat**

**Art.296.** (1) Reglementarea procesului de obținere a consimțământului informat are ca principale scopuri:

- a) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislația incidentă în vigoare de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecarei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.
- b) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislația incidentă în vigoare de a refuza sau să opreasă o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa.
- c) Se face dovada preocupării personalului medico-sanitar de a identifica, evalua și trata riscul infecțios al activităților de asistență medicală.
- d) Se asigură posibilitatea luării de măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.
- e) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Neasigurarea dreptului de a fi informat al pacientului instituit prin legislația în vigoare.
  - Executarea unor manevre fără acordul pacientului.

- Depunerea de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului.
- Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege.
- Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.297.** (1) Etapele procesului de obținere a consimțământului informat presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul CCBR personalul medico-sanitar are obligația de a informa pacientul cu privire la următoarele:
  - serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea;
  - identitatea și statutul profesional al salariaților din cadrul unității sanitare;
  - regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării;
  - starea de sănătate;
  - intervențiile medicale propuse;
  - riscurile potențiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
  - alternativele existente la procedurile propuse;
    - date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul și tratamentul afecțiunii pacientului;
    - consecințele neefectuării tratamentului și ale nerespectării recomandărilor medicale;
    - diagnosticul stabilit și prognosticul afecțiunilor diagnosticate
- b) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical, pacientului i se solicită acordul scris. Consimțământul pacientului informat este condiție obligatorie și pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.
- c) Medicii/asistenții medicali/infirmierele care urmează să realizeze actul medical vor obține acordul pacientului utilizând formularul *“Acordul Pacientului Informat”* cuprins în Anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Identitatea și statutul profesional al întregului personalul medical implicat în efectuarea actului medical sunt precizate pacientului și menționate în tabelul cu personalul medical care îngrijeste pacientul . . . . . (numele și prenumele pacientului)” poziționat la finalul formularului *“Acordul Pacientului Informat”*.
- d) *“Acordul Pacientului Informat”* se va obține înainte de realizarea actului medical cu potențial de risc și necesită parcurgerea următoarelor etape:

i. Stabilirea competenței pacientului/reprezentantului legal pentru semnarea formularului “Acordul Pacientului Informat” presupune:

- În cazul pacientului minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin ruda cea mai apropiată în sensul prezentului alineat se înțeleg, în ordine, ascendenții și rudele majore care însotesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.
- În cazul pacientului major lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.

- În cazul pacientului major cu care medicul/asistentul medical nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înțeleg, în ordine, părintele, descendantul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.
- Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;

ii. Informarea pacientului presupune:

- În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, asistentul medical sunt datorii să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. Informațiile vor fi prezentate folosind un ton conversațional, de preferință în propoziții scurte, evitând construcții gramaticale complexe.
- Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. Mai mult, acordul pacientului informat trebuie să conțină, descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, asistentul medical. În mod obligatoriu, în consimțământul informat se va menționa riscul infecțios asociat manevrelor invazive.
- Informațiile despre actul medical precizate la lit. a) vor fi furnizate pacientului de către personalul medical care are competența să îl realizeze.
- În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare

iii. Clarificarea informațiilor furnizate presupune:

- Se vor oferi răspunsuri la întrebările pacientului/reprezentantului legal în legătură cu informațiile furnizate
- Se vor oferi toate informațiile suplimentare solicitate de către pacient/reprezentant legal

iv. Obținerea acordului pacientului presupune respectarea de către personalul medico-sanitar a următoarelor reguli:

- După furnizarea informațiilor, clarificarea solicitărilor suplimentare și acordarea timpului de gândire necesar luării deciziei informate pacientul/reprezentantul legal va fi rugat să-și expime acordul și să semneze formularul *“Acordul Pacientului Informat”*.
- Pacientului major și cu discernământ care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. Pacientului major și cu discernământ care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.

- În situația în care intervențiile medicale sunt refuzate de către pacienți se vor aplica prevederile Reglementarii *Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente* din prezentul Regulament;
- În situația în care este necesară efectuarea unei intervenții medicale unui pacient care nu își poate exprima voința, personalul medical poate deduce acordul acestuia dintr-o exprimare anteroară a voinței, dacă aceasta este cunoscută;
- În situația în care pentru efectuarea unei intervenții medicale se solicită consimțământul reprezentantului legal al pacientului, acesta trebuie să fie implicat în adoptarea deciziei, în limitele capacitatii sale de înțelegere;
- Medicul curant, asistentul medical răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență;
- Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot actiona fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.
- Formularele “*Acordul Pacientului Informat*” se vor completa și semna în cadrul convorbirii pacientului/reprezentantului legal cu medicul curant/asistentul medical, după examenul anamnestic și clinic, înaintea începerii activităților medicale specifice diagnosticului și/sau tratamentului.
- După completare, formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate se introduce în FOCG/FSZ de către medicul curant și se arhivează împreună cu aceasta.

e) Fotografierea sau filmarea pacienților în spital de către personalul medical, precum și implicarea pacientului în procesul de învățământ medical se realizează potrivit prevederilor Reglementarii. *Implicitarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale*.

f) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezентate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. În această situație se aplică prevederile Reglementarii *Situatii în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate* din prezentul Regulament.

**Art.298.** (1) **Vulnerabilitățile din procesul de obținere al consimțământului informat** care sunt necesar a fi avute în vedere dat fiind faptul că pot avea consecințe negative atât asupra actului medical cât și asupra relației medic - pacient, sunt următoarele:

- a) răspunderea juridică pentru malpraxis în situațiile în care medicul efectuează actul medical fără consimțământul informat, iar pacientul suferă o vătămare;
- b) medicul nu completează datele pacientului/reprezentantului legal al acestuia și nu se poate face corelație între pacient și semnatura acestuia înscrisă pe formularul de consimțământ;
- c) medicul nu explică pacientului/aparținătorului suficient de clar informațiile medicale, riscurile implicate și disconfortul ce urmează a se crea;
- d) Medicul nu descrie actul medical (câmpul nr.crt. 3) astfel încât toate răspunsurile ulterioare menționate de către pacient nu pot fi asociate actului medical;

e) participarea unei echipe medicale la intervenție și nesemnarea de către toți membrii a formularului de consimțământ,

f) medicul curant nu completează și semnează consimțământul informat pentru fiecare act medical efectuat pacientului,

g) neinformarea pacientului cu privire la riscurile neefectuării/efectuării fiecăreia dintre intervențiile medicale.

(2) Anual, prin grija directorului medical, prin *"Planul anual de instruire al personalului CBR"*, se planifică minim o instruire a personalului medical cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului. Instruirea/instruirile cu această temă se finalizează prin evaluări ale personalului cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat de la pacient.

(3) La nivelul CBR se vor întocmi anual de către directorul medical, analize privind identificarea vulnerabilităților în procesul de obținere a consimțământului informat, acestea fiind prezentate în ședințe ale Consiliului medical.

**Art.299.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de obținere a consimțământului informat sunt următorii:

a) Număr FOCG fără *"Acordul Pacientului Informat"*, auditate în cadrul auditului clinic intern, per număr total de foi de observație clinică generale auditate;

b) Număr de instruiriri efectuate cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat per număr total de personal medical;

c) Număr de instruiriri efectuate cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat per număr total instruiriri planificate;

d) Număr de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului, în ultimul an calendaristic, raportat la număr de pacienți externați din spital.

#### **18.45 Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologilor**

**Art.300.** Reglementarea modului de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologilor are ca principale scopuri:

a) Sprijină sistemul de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistență medicală de urgență;

b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;

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

○ Refuzul de a interna pacienții în contextul inexistenței paturilor libere pe secții;

○ Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor;

○ Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.301.** Etapele procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul secțiilor se stabilește lunar un număr minim de paturi destinate internării urgențelor calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni, astfel încât la nivelul spitalului să se asigure un procent de

5-10% din numărul total de paturi ale spitalului. Zilnic, asistentele şefe din cadrul secțiilor medicale comunică camerei de gardă, în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din camera de gardă se predă medicului de gardă, zilnic, inclusiv în zilele de sămbătă și duminică, precum și de sărbători legale, până cel târziu la ora 12,00. Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare responsabilitatea asigurării paturilor libere revine şefilor de secție.

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

c) În situația că numărul pacienților programabili sau a celor care se prezintă fără programare pentru internare depășește numărul de paturi din evidența menționată la lit. b) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologilor tratate din secțiile medicale. Acest lucru se realizează prin colaborarea șefilor de secții și a asistentelor medicale șefe care, pot ceda temporar paturi de la o/un secție la alta pentru utilizarea acestora funcție de nevoile imediate și ținând cont de compatibilitățile patologilor.

d) De regulă, în realizarea activității menționate la lit. c), se va încerca ca cedarea temporară a paturilor să se realizeze la nivelul aceluiași salon, astfel încât secțiile să cedeze temporar unei alte secții câte unul/două saloane întregi cu toate paturile aferente. Cedarea între secții de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, se va face având în vedere compatibilitățile patologilor, aplicându-se în acest sens prevederile Anexei 1 la *O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar* care stabilește specialitățile medicale și specialitățile înrudite în care se pot efectua găzzi în funcție de competența profesională. Acest sistem permite în acest context ca inclusiv medicii din linia de gardă a unei secții care a împrumutat temporar altei secții saloane sau paturi din saloane, să poată asigura asistență medicală de specialitate pacienților care ocupă respectivele paturi.

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

**Art.302.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai modului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologilor sunt următorii:

a) Destinarea zilnică, pe parcursul întregului an calendaristic, a unui procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului pentru internarea urgențelor calculat în funcție de rata medie lunară a acestora.

b) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la cedarea între secții de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, ținându-se cont de compatibilitățile patologilor;

c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de paturi, în ultimul an calendaristic.

#### 18.46 Controlul calității hranei

**Art.303.** Reglementarea procesului de control al calității hranei are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea de responsabilități clare care să asigure îndeplinirea cerințelor care privesc cantitatea și calitatea hranei pentru pacienții internați în cadrul CCBR;
- b) Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind condițiile de hrănire asigurate pe perioada internării;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Eliminarea unor posibile toxifiinfeții alimentare;
  - Reclamarea unor neconformități în legătură cu hrana care se servește în cadrul fiecărei secții din spital;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media în cazul difuzării unor informații privitoare la calitatea nesatisfăcătoare a hranei preparate în cadrul CCBR.

**Art.304.** Etapele procesului de control al calității hranei presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Calitatea hranei se asigură de către furnizorul de servicii de catering – preparare și furnizare hrănă pentru pacientii internati, în condițiile stabilite în caietul de sarcini întocmit de către directorul medical și șeful serviciului AAATT.
- b) La terminarea procesului de preparare a hranei furnizorul de servicii de catering va recolta probe din fiecare fel de mâncare (meniu). Probele se etichetează și se păstrează la nivelul CCBR la frigider timp de 48 de ore. Persoana responsabilă cu dieta și nutriția va monitoriza de 3 ori pe zi temperatură în frigider și va întocmi graficul de temperatură la care sunt păstrate probele. Eticheta probelor de meniu conține următoarele informații: tipul de meniu, data și ora preluării probei.
- c) Verificarea calității hranei se face de către persoana responsabilă cu dieta și nutriția sau infirmiera cu atribuții în preluarea, distribuția și servirea mesei, astfel:
  - capsula în care sunt transportate meniurile să nu fie deteriorată, murdară și cu urme de alimente, să se poată spăla și dezinfecța;
  - integritatea caserolelor, să nu fie vărsate și capsula în care sunt transportate să fie curată;
  - dacă numărul și tipul meniurilor livrate corespund comenzi;
  - conținutul caserolelor să corespundă cantitativ;
  - conținutul caserolelor să corespundă calitativ;
    - dacă felul de mâncare este gata pentru a fi servit din punct de vedere al temperaturii;
    - organoleptic dacă are gust, aspect, miros plăcut și nu este sărat;
    - termenul de valabilitate al produselor ambalate și etichetate (pâine, iaurt, etc.)
- d) În cazul în care se constată că hrana nu este conformă, va fi înștiințată persoana responsabilă cu dieta și nutriția care va sesiza telefonic furnizorul de servicii de catering în vederea remedierii problemelor semnalate în maxim 24 de ore de la înregistrarea sesizărilor, iar acesta are obligația de a furniza meniurile în timp util, astfel încât CBR să poată servi mesele pacienților în intervalul orar stabilit.

**Art.305.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de control al calității hranei preparate sunt următorii:

- a) Numărul de toxifiinfeții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect cantitatea și calitatea hranei servite;

c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor la calitatea hranei servite, consimnat în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

#### **18.47 Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului**

**Art.306.** Reglementarea procesului de servire a mesei la patul pacientului are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea la nivelul CCBR a circuitului alimentelor cu respectarea regulilor de igienă;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Apariția de toxinfecții alimentare.

**Art.307.** Etapele procesului de servire a mesei la patul pacientului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) șefii de secții nominalizează din cadrul secțiilor pe care le conduc personal pentru distribuirea alimentelor către pacienți (din rândul infirmierelor și în situația în care există deficit din această categorie, se vor nominaliza și asistente medicale);

b) Livrarea alimentelor de către firma de catering se face zilnic pentru întreaga cantitate necesară fiecărei secții. Produsele/meniurile/portiile sunt ambalate fiecare separat în cutii/ambalaje de unică folosință, astfel încât caracteristicile calitative și cantitative ale alimentelor să nu fie modificate și sunt însotite de tacâmuri de unică folosință. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți din cadrul fiecărei secții medicale asigură transportul alimentelor pe secție cu respectarea normelor de igienă, utilizând în acest sens mijloace de transport dedicate care asigură menținerea temperaturii alimentelor transportate;

c) Alimentele se transportă de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor în oficiile alimentare ale fiecărei secții medicale. În timpul programului de servire a mesei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor. Circuitul alimentelor pe secție se realizează în mod distinct de toate celelalte circuite existente (prin delimitare temporală și igienizare corespunzătoare), fiind interzisă intersectarea acestora, stabilirea regulilor în acest sens fiind atributul CPIAAM.

d) Distribuția hranei se realizează de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor conform programului de servire a mesei care este afișat pe secții, cu respectarea meniului zilnic (care este de asemenea afișat pe secții) și a dietelor recomandate de medic în FOCG.

e) Pentru pacienții imobilizați la pat precum și în secțiile în care nu se poate asigura spațiu dedicat unei săli de mese, servirea mesei se face la pat în mod activ sau pasiv în funcție de starea pacientului, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va respecta cu strictețe orarul meselor asigurând servirea caldă a alimentelor. Totodată, respectivul personal are în vedere pentru fiecare dintre pacienți date despre regim, orarul meselor, posibilitățile de mobilizare, capacitatea pacientului de a-și folosi membrele superioare, eventuale restricții legate de efectuarea unor examene, precum și administrarea unor medicamente în funcție de orarul meselor.

f) Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va purta pe timpul transportului acestora precum și pe timpul servirii mesei o ținută formată din: bluză, pantalon/fustă și capelină altul decât cel utilizat în desfășurarea celorlalte atribuții funcționale.

Alimentarea activă în salon, la pat, presupune:

- Pacient mobilizabil, dar internat în secție ce nu are în dotare sală de mese, sau sala de mese nu poate fi utilizată deoarece trebuie respectate măsurile de distanțare impuse de contextul epidemiologic:
  - Pacientul se aşază confortabil la marginea patului, după ce în prealabil și-a spălat mâinile
  - Infirmiera poziționează noptiera aferentă patului pacientului și o aşază astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
  - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strâng vesela și tacâmurile de unică folosință, curăță noptiera și o aşază în poziția inițială.
  - În saloanele care au în dotare masă, pacientul se aşază la masă după ce în prealabil și-a spălat mâinile, infirmiera servește masa, strâng vesela și tacâmurile de unică folosință și curăță masa.
- Pacient imobilizat la pat dar care își poate folosi mâinile:
  - Pacientul este așezat confortabil în pat în șezut sau în poziție semișezândă (în funcție de situație) cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor.
  - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfecțant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
  - Se asigură protejarea îmbrăcămintei pacientului cu un prosop curat așezat la gât.
  - Infirmiera poziționează noptiera aferentă patului pacientului și o aşază astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
  - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strâng vesela și tacâmurile de unică folosință, curăță noptiera și o aşază în poziția inițială.
  - La nevoie/cerere se asigură igienizarea mâinilor pacientului.
- Pacient imobilizat la pat în decubit lateral dar care își poate folosi mâinile:
  - Pacientul este așezat cât mai confortabil în pat în decubit lateral stâng, cu capul sprijinit pe pernă.
  - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfecțant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
  - Se protejează lenjeria de pat cu o aleză.
  - Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat.
  - Infirmiera poziționează noptiera aferentă patului pacientului și o aşază astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa.
  - Alimentele lichide se servesc din bol cu ajutorul paelor.
  - Alimentele solide vor fi tăiate în bucățele mici.
  - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strâng vesela și tacâmurile de unică folosință, curăță noptiera și o aşază în poziția inițială.
  - La nevoie se asigură igienizarea mâinilor pacientului.

Alimentarea pasivă în salon, la pat a pacientului conștient, imobilizat la pat și cu impotență funcțională parțială sau totală a membrelor superioare (paralați, epuizați, adinamici, în stare gravă, cei cu ușoare tulburări de deglutitie), presupune:

- Pacientul este așezat confortabil în pat în poziție semișezândă cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor sau în decubit dorsal, cu capul ușor ridicat și aplecat înainte cu ajutorul unei perne, pentru a ușura deglutitia.
- Se protejează lenjeria de pat cu o aleză.
- Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat așezat în jurul gâtului.

- Infirmiera poziționează noptiera aferentă patului pacientului și o aşază astfel încât să fie comodă și aşază mâncarea astfel încât acesta să vadă ce i se introduce în gură și servește pacientul.
- Se verifică temperatura mâncării.
- Pacientului i se introduc alimentele în gură, el asigurând masticăția și deglutiția.
- Alimentele lichide se servesc cu lingura/lingurița sau cu ajutorul paiului. Se supraveghează debitul de lichid pentru a evita încărcarea peste puterile de deglutiție ale pacientului.
- Alimentele solide vor fi tăiate în bucăți mici sau vor fi pasate cu furculița pentru a ușura masticăția și deglutiția. Se servesc cu lingura/lingurița în cantități mici.
- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera îl sterge la gură, strâng vesela și tacâmurile de unică folosință, curăță noptiera și o aşază în poziția inițială.
- Infirmiera verifică și îndepărtează eventualele resturi alimentare care, ajunse sub bolnav pot conduce la formarea escarelor. La nevoie schimbă lenjeria pacientului și/sau a patului.

**Art.308.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

- a) Numărul de toxinfecții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect distribuția hranei servite;
- c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor distribuția hranei servite, consemnat în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

#### **18.48 Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale**

**Art.309.** Reglementarea modului de distribuire a personalului mediu între secții în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale are ca principale scopuri:

- a) Sprijină sistemul de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistență medicală de urgență;
- b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Refuzul de a interna pacienții în contextul inexistenței/insuficienței personalului mediu pe secții;
  - Neasigurarea de îngrijiri corespunzătoare pe secții;
  - Producerea de evenimente asociate asistenței medicale;
  - Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor;
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.310.** Etapele procesului de distribuire a personalului mediu între secții în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Zilnic, în zilele lucrătoare, la nivelul ecompartimentelor/secțiilor medicale, în raport cu numărul de pacienți programati pentru internare, numărul de potențiali pacienți internați de urgență (calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni) și numărul de pacienți internați

noprogramat, asistenții șefi de secții medicale efectuează o analiză a necesarului de personal mediu pentru asigurarea de îngrijiri corespunzătoare atât pacienților internați cât și a celor programați pentru internare sau/și a celor care potențial se pot interna, în raport direct cu numărul de paturi neocupate din cadrul secțiilor medicale.

b) În situația în care se constată sau se presupune că personalul mediu existent în cadrul secțiilor medicale este insuficient, asistenții șefi de secții medicale raportează medicilor șefi de secții solicitând distribuirea de personal mediu din cadrul altor secții medicale.

c) Medicul șef de secție care are nevoie temporar de un surplus de personal mediu, informează în cel mai scurt timp posibil directorul medical despre necesitatea redistribuirii de personal mediu din altă secție medicală.

d) Directorul medical analizează împreună cu medicii șefi de secții, precum și cu asistentele șefe, posibilitatea distribuirii de personal mediu din altă secție în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

e) În situația în care există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între secțiile spitalului, directorul medical solicită în acest sens aprobarea managerului spitalului. După obținerea aprobării șeful de secție căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

f) Distribuirea de personal mediu între secții în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face ținând cont de competențele profesionale ale respectivului personal, având în vedere că secțiile au același profil medical în specialitatea reumatologie.

g) Pentru personalul mediu care schimbă temporar locul de muncă șeful serviciului RUNOSJ întocmește în cel mai scurt timp posibil decizii de delegare conforme prevederilor legale incidente, pe care le supune aprobării managerului spitalului.

h) Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al personalului mediu în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții salariaților. În acest sens, reprezentanții salariaților se vor întâlni de urgență într-o ședință la care vor invita și personalul mediu care urmează să fie delegat. Cu această ocazie reprezentanții salariaților vor consulta personalul mediu care urmează a fi delegat temporar. În situația că acesta din urmă își exprimă acordul de a fi delegat, reprezentanții salariaților își vor da acordul pentru redistribuire, întocmind în acest sens o invitație. În caz contrar, reprezentanții salariaților iau act de argumentele salariaților și fac propuneri în consecință managerului spitalului.

i) Avizul reprezentanților salariaților și cel al consilierului juridic pe deciziile de delegare este prealabil și obligatoriu aprobării de către managerul spitalului a deciziilor de delegare temporare a personalului mediu între secții medicale.

j) Personalul care în cadrul programului de lucru își desfășoară activitatea fracționat la mai multe locuri de muncă prevăzute în legislația în vigoare incidentă, cu sporuri diferite, va beneficia de sporul prevăzut pentru fiecare loc de muncă, în funcție de timpul efectiv prestat în aceste locuri. Evidența timpului lucrat efectiv, în ore și în zile, în diferite locuri de muncă unde se acordă spor în procente diferite, precum și certificarea efectuarii acestuia se realizează de către șeful fiecărei secții/laborator/structuri.

**Art.311.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de distribuire a personalului mediu între secții în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale sunt următorii:

- a) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la distribuirea între secții de personal mediu, ținându-se cont de competențele profesionale din total distribuirii efectuate;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de personal mediu, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal mediu, în ultimul an calendaristic.
- d) Număr de evenimente adverse declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare insuficiența de personal mediu în cadrul structurilor medicale.

#### **18.49 Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate**

**Art.312.** Reglementarea procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

- a) menținerea unui climat de liniște și confort pentru pacient;
- b) siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia;
- c) protejarea imaginii pacientului împotriva filmării/fotografierii în incinta spitalului în scopuri care le exclud pe cele medicale.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - depozarea pacientului de bunurile personale;
  - fotografierea/filmarea pacientului în alte scopuri decât cele medicale și fără consimțământul acestuia;
  - accesul neautorizat al mass-media în spital;
  - încălcarea regulilor privind confidențialitatea datelor medicale ale pacientului.

**Art.313.** Etapele procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În incinta și perimetru spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate de către personalul de pază aflat în tura de serviciu.
- b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul CCBR, acesta are posibilitatea de predă spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este prevăzut în procedura privind internarea pacientului.
- c) La nivelul secțiilor medicale sunt avute în vedere următoarele măsuri:
  - în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/secțiilor medicale limitează accesul aparținătorilor în spațiile destinate activităților medicale, acesta făcându-se conform unui program de vizită afișat și cu respectarea regulilor privind protecția împotriva infecțiilor asociate asistenței medicale.
  - prin grija personalului medical este asigurată evitarea depășirii timpului de vizită și perturbarea activităților de asistență medicală de către aparținători care pot

agresa în diferite moduri pacienții intenți (verbal, vizual, prin atitudine, olfactiv etc.);

d) Împotriva oricărora factori perturbatori precum și a intruziunilor asupra pacienților, spitalul acționează, de regulă, funcție de momentul producerii evenimentului de natură să creeze disconfort pacienților, prin intermediul personalului medico-sanitar propriu, iar în situațiile în care se depășește posibilitatea de gestionare a acestor situații, personalul medical solicită sprijinul agentului de pază.

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

f) Nerespectarea de către purtătorul de cuvânt a confidențialității datelor despre pacient, atrage sancționarea disciplinară, contravențională, penală, conform prevederilor legale.

**Art.314.** Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotograferea sau filmarea pacienților în spital se efectuează numai cu consimțământul scris al acestora, obținut prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea*” prevăzut în anexa nr. 1 la OMS nr. 1410/2016 – Norme de aplicare a Legii nr.46/2003 a drepturilor pacienților, cu modificările și completările ulterioare.

**Art.315.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

- a) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect afectarea siguranței pacientului prin intruziuni externe în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect furturi de bunuri de valoare în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic;

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

**Art.316.** Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal are ca principale scopuri:

- d) Se înscrie în politica de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale a CBR;
- e) Asigură un set unitar de reguli pentru încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal;
- f) Descrie modalitățile prin care relația medic-pacient poate înceta, fără a afecta deontologia profesională și normele de conduită;
- g) Garantează și protejează drepturile pacienților împotriva oricărora forme de discriminare pe criterii interzise de lege;
- h) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Lipsa de respect, încredere și confidențialitate în relația medic-pacient;
  - Încălcarea dreptului pacientului de a primi îngrijiri medicale nediscriminatoriu;
  - Existența conflictului medic-pacient care determină actul medical să nu mai fie deontologic;
  - Depunerea de către pacienți a unor reclamații sau chiar acționarea în judecată a spitalului cu impact negativ în mass-media.

**Art.317.** Etapele procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

- metoda de diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să facă parte din specialitatea/competența medicului,;
- persoana în cauză să facă o solicitare către unitatea medicală (în orice formă: electronic, telefonic, scris) medic, de acordare a asistenței medicale, cu excepția cazurilor în care persoana este lipsită de discernământ sau a prezentarii la camera de gardă care se gestionează funcție de caz, de comun acord cu pacientul situațiilor de urgență medico-chirurgicală. Solicitarea va fi păstrată în fișa medicală;
- acceptul medicului, că prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei căreia își acordă asistența medicală. Acceptul se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.

b) CCBR are obligația de a asigura efectuarea de intervenții medicale asupra pacientului numai dacă dispune de dotările necesare și de personal acreditat pentru a acorda respectivele îngrijiri medicale. Intervențiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate și în absența acestor condiții numai în cazuri de urgență apărute în situații extreme.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art.318.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

a) Număr de situații consemnate în FOOG privind decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, în ultimul an calendaristic;

b) Număr de reclamații ale pacienților motivate de încetarea abuzivă a medicilor a asistenței medicale, în ultimul an calendaristic;

c) Număr de notificări transmise pacienților în care medicii își exprimă dorința terminării relației medic-pacient, în care este motivat temeiul refuzului.

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

**Art.319.** Reglementarea procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil are ca principale scopuri:

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

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

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

○ Evoluția nefavorabilă a stării de sănătate a pacientului sau chiar decesul acestuia survenită în lipsa acordării asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil, aspect care poate atrage răspunderea de malpraxis a personalului medico-sanitar.

**Art.320.** (1) Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical și/sau a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

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

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

- a) Intervenții salvatoare de viață la nivelul căilor aeriene:
  - Ventilație pe mască și balon;
  - Susținere avansată a căilor aeriene;
  - Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene;
  - Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă);
  - Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele);
  - Manevra Heimlich;
- b) Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:
  - Defibrilare;
  - Cardioversie de urgență;
  - Pacing extern;
- c) Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:
  - Decompresia pneumotoraxului sufocant;
  - Pericardiocenteza;
  - Toracotomie de urgență;
  - Compresiuni toracice externe;
- d) Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:
  - Resuscitare volemică cu fluide i.v.;
  - Administrare de sânge;
  - Controlul săngerărilor majore;
- e) Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:
  - Naloxone;
  - Glucoza 33%;
  - Dopamină;
  - Atropină;
  - Adenozină;
  - Adrenalină.
- f) Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă,  $\text{SaO}_2 < 90\%$ , modificări acute ale statusului mental, inconștient. Starea de inconștiență este definită astfel:
  - pacientul nu vorbește și nu execută comenzi (modificare acută);
  - pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși;
  - insuficiență respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;
  - bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;
  - pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată;
  - pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze,  $\text{TA} < 70 \text{ mmHg}$ ;
  - puls slab filiform,  $\text{FC} < 30$ ;
  - pacient areactiv cu halenă etanolică;
  - hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

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

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

**Art.321.** (1) Etapele procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

e) În situații de urgență cu risc vital imediat (stop cardio-respirator, şoc anafilactic, şoc hemoragic sau alte suferințe cu risc vital imediat) personalul medico-sanitar poate efectua acte medicale cu depășirea competenței, prioritatea avută în vedere fiind aceea de susținere a funcțiilor vitale ale pacientului, aceasta fiind condiția necesară și suficientă pentru a exclude malpraxisul medical.

f) Medicul curant/medicul șef de secție/medicul de gardă decide solicitarea intervenției personalului calificat pentru situații de urgență, prin apelarea serviciului 112.

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

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

i) În situația apariției unei situații de urgență majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acționa cu promptitudine acordând asistență medicală, chiar și în lipsa dotărilor și/sau a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.

j) Ulterior acordării asistenței medicale și stabilizării funcțiilor vitale, personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile va solicita sprijinul echipejului medical de urgență prin apelarea serviciului 112 care va direcționa pacientul către o unitate spitalicească care îi poate acorda respectivului pacient tratamentul medical adecvat.

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

**Art.322.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil sunt următorii:

- a) Număr de situații în care a fost acordată asistență medicală în situații de risc vital, chiar și în lipsa dotărilor și a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului și a fost apelat serviciul 112;
- b) Număr de excluderi a cazurilor de malpraxis medical, prin dovedirea bunei credințe a personalului medical și respectarea principiilor acordării asistenței medicale în situații de urgență și care pun în pericol viața pacientului.

## 18.52 Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

**Art.323.** Reglementarea procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor are ca principale scopuri:

- a) Implicarea activă a farmacologului/farmacistului clinician în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o erori de prescriere a medicamentelor;
  - o erori de administrare a medicamentelor;
  - o infecții asociate asistentei medicale;
  - o reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente care nu au efectul așteptat pentru patologia tratată sau care, prin asociere greșită, pot determina efecte secundare sau reacții adverse nedorite;
  - o erori în activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale.

**Art.324.** Etapele procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor constau în derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Seful fiecărei secții medicale *"supravezează conduită terapeutică, avizează tratamentul, prescrierea investigațiilor paraclinice pentru pacienții internați în cadrul secției"*. Aceste analizează medicamentele prescrise sub formă de denumire comercială de către medicul curant, urmărind:

- identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
- verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
- evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;

În situația în care consideră că sunt erori de prescriere sefule fiecărei secții medicale se consultă cu medicul curant și ia decizia finală privind schema de tratament pentru fiecare pacient.

Condicile de prescripții medicale pregătite pentru eliberare, se introduc în sistemul informatic de gestiune al farmaciei de către asistenții medicali, care sunt responsabili de corectitudinea datelor introduse, se tipăresc în 2 (două) exemplare, se parafează de către medicii curanți și/sau medicii șefi de secție și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate.

b) Potrivit prevederilor O.M.S. 75/2010 pentru aprobarea *Regulilor de bună practică farmaceutică*, farmacistul din cadrul farmaciei spitalului trebuie să utilizeze toată experiența sa/lor profesională pentru analiza medicamentelor ce se regăsesc în condicile de prescripții medicale, urmărind aceleași aspecte terapeutice ca și medicul șef de secție, precum și unele aspecte sociale, de reglementare și aspecte economice. Această analiză se face prin utilizarea următoarelor mijloace de informare:

- întrebări adresate medicului şef de secţie în caz de nelămuriri sau ori de câte ori este nevoie de informaţii suplimentare;
- utilizarea materialelor, manualelor științifice existente în biblioteca farmaciei, a reglementărilor în vigoare;
- informaţii provenind de la centrele de farmacovigilenţă, autorităţile competente sau de la producătorii de medicamente.

Farmacistul verifică fiecare condică de prescripție medicală. În situația constatării unor presupuse erori privind prescrierea medicamentelor, acesta ia legătura imediat cu medicii prescriptori și, după caz, cu medicii șefi de secții, informându-i despre acest lucru. În urma consultării telefonice dintre aceștia, pot apărea următoarele două situații:

- medicul curant/medicul șef de secție este de acord cu ce spune farmacistul, iar condicile de prescripții medicale sunt returnate în secție pentru a fi modificate corespunzător și, apoi, sunt retransmise farmaciei spitalului;
  - medicul curant/medicul șef de secție nu este de acord cu ce spune farmacistul și atunci își asumă responsabilitatea pentru prescripțiile de medicamente pe care le-a parafat. Condica se eliberează din farmacie, iar responsabilitatea îi revine direct doar medicului prescriptor.
- c) Utilizarea medicamentelor se face pe calea și orarul prescrise de medicul curant și aprobate de medicul șef de secție. Asistenții medicali care administrează respectivele medicamente trebuie să cunoască aspectul medicamentelor, proprietățile lor, dozele terapeutice maximale și toxice, indicațiile de administrare, modul de administrare, incompatibilitățile, modul de păstrare, efectul terapeutic, timpul de acțiune, efectele secundare, fenomenele de obișnuință și acumulare, fenomenele de hipersensibilitate. În administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația de a respecta următoarele reguli:
- Respectarea întocmai a medicamentelor prescrise și eliberate. Asistenta confruntă medicamentele prescrise în condicile de medicamente cu cele din FOCG.
  - Medicamentele prescrise și eliberate se identifică după etichetă și forma de prezentare.
  - Se observă integritatea, culoarea, sedimentarea, precipitarea, tulburarea sau opalescența medicamentelor lichide. Medicamentele alterate nu vor fi administrate bolnavilor.
  - Respectarea căilor de administrare se specifică în FOCG și în registrul de predare a turei. Este necesar să se aibă în vedere că anumite medicamente au căi stricte de administrare, utilizarea pe altă cale putând determina accidente grave: embolie uleioasă, necroza țesuturilor, etc.
  - Respectarea dozajului prescris: doza unică și doza pe 24h. Dozele notate în FOCG trebuie să corespundă cu cele din condicile de prescripții medicale. Odată cu identificarea medicamentelor, se verifică și dozele prescrise. Se respectă orarul de administrare pentru a se evita fenomenele cumulative, intoxicațiilor sau ineficienței.
  - Respectarea somnului – medicamentele se administrează în afara orelor de somn cu excepția medicamentelor cu orar fix de administrare (antibiotice).
  - Se ține cont de incompatibilitatea medicamentelor astfel încât administrarea lor să nu fie ineficientă sau dăunătoare.
  - Soluțiile injectabile aspirate din fiole/flacoane se injectează imediat, deoarece se pot contamina, iar contactul soluțiilor cu aerul poate scădea eficacitatea

- medicamentelor. Dacă doza indicată pentru administrare este mai mică decât conținutul fiolei/flaconului, cantitatea rămasă în fiolă/flacon se aruncă.
- Se respectă ordinea succesivă de administrare a medicamentelor: tablete – soluții – picături – injecții – supozitoare.
  - Medicamentele se administreză numai de către asistenta medicală, care solicită ajutorul infirmierei de serviciu dacă întâmpină dificultăți în administrarea medicamentelor (pacienți imobilizați, agitați).
  - Respectarea măsurilor de asepsie și igienă pentru a preveni infecțiile intraspitalicești, după cum urmează: la administrarea parenterală a medicamentelor se păstrează condițiile de asepsie, la administrarea per os se utilizează pahare și veselă individuală, administrarea supozitoarelor se face cu mânuși de unică folosință. Asistenta medicală se va spăla pe mâini înainte de a efectua orice manevră medicală și după fiecare pacient.
  - Administrarea medicamentelor se consemnează în planul de îngrijire a pacientului, în partea numită fișă de administrare a medicamentului, în care se consemnează data, ora și semnătura asistentei medicale și a pacientului.
  - Pentru orice neclaritate care privește administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația să solicite lămuriri, după caz, medicilor curanți, medicilor de gardă, farmaciștilor sau medicilor șefi de secție.
  - Modul efectiv de administrare a medicamentelor de către asistenții medicali poate fi monitorizat, după caz, de către asistenții șefi, medicii curanți, medicii din linia de gardă, farmaciștii din farmacia spitalului și de către medicii șefi de secții.

**Art.325.**  
următorii:

- Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt
- a) Număr de erori în prescrierea medicamentelor în ultimul an calendaristic;
  - b) Număr de erori în utilizarea medicamentelor în ultimul an calendaristic;
  - c) Număr de reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente în ultimul an calendaristic;

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

**Art.326.** Reglementarea procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea regulilor prin care se asigură îndeplinirea procedurilor necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor pacienților;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - agravarea stării de sănătate a pacientului, care poate conduce la reinternarea sa inclusiv decesul acestuia, în contextul neasigurării continuității îngrijirilor.

**Art.327.** Etapele procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul CCBR, comunicarea între medicul de familie și medicul specialist intervine în cazul în care afecțiunea pacientului are la baza funcțiile diferite ale celor două categorii de profesioniști. Exercitându-și rolul de filtru, în scopul asigurării

asistenței medicale curente, medicul de familie abordează afecțiunile frecvente, cu criterii clare de diagnostic și tratament, prin urmare, el trebuie să pună diagnosticul (adică să identifice afecțiunea ca entitate, pe de o parte, și să stabilească apartenența sa la asistență medicală curentă, pe de altă parte) și, să inițieze și să monitorizeze tratamentul; pentru această situație, nu este necesară comunicarea cu medicul specialist (ci doar comunicarea cu laboratorul de analize medicale). Solicitarea serviciilor medicului specialist apare în cazul în care pacientul se prezintă la medicul de familie cu o afecțiune care nu îndeplinește (unul sau mai multe dintre) criteriile enumerate anterior.

b) În cazul în care sunt necesare serviciile unui medic specialist, medicul de familie inițiază comunicarea cu acesta în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului. Ca urmare, medicul de familie va completa un **bilet de trimitere** ce va cuprinde în mod esențial diagnosticul prezumтив, ultima rețetă compensata eliberată și/sau alte investigatii efectuate .

c) La externare, pacienții primesc de la medicul specialist (curant):

- scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală;
- la externare, pacienții primesc în mod obligatoriu prescripții medicale, în funcție de tratamentul indicat, și – după caz - certificat de concediu medical pe perioada internării și în continuare.
- decontul pe pacient, document care conține informații privind cheltuielile ocazionate de asistență medicală acordată pacientului.
- Recomandare pentru dispozitive medicale, recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paleative sau de recuperare (după caz)

De la asistentii medicali care au asigurat ingrijirea pacientului primesc *Fisa cu situația ingrijirilor la externare*.

d) **Scrisoarea medicală**, care reprezintă răspunsul medicului specialist în urma consultului, trebuie să lămurească întocmai elementele necunoscute medicului de familie și care au determinat inițierea consultului, după structura menționată anterior, respectiv formularea diagnosticului și elementele de susținere a acestuia, indicațiile pentru tratamentul imediat și pe termen lung. Toate aceste elemente fac obiectul documentului medical adresat medicului de familie, sub forma scrisorii medicale. Evident, pacientul primește recomandările pentru tratamentul initial sub forma rețetei (simple, compensate sau gratuite, după cum medicamentele prescrise sunt sau nu decontate de sistemul de asigurări sociale de sănătate). Pentru conformitate, scrisoarea medicală trebuie să cuprindă, de asemenea:

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

e) **Prescripțiile medicale:**

○pentru pacienții cu boli cronice stabilizate, pentru care a fost realizată deja o schemă terapeutică, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice, precum și medicii din spital la externarea asiguratului pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile (perioada este stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției, aceasta fiind menționată sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare; acești asigurați

nu mai pot beneficia de o altă rețetă medicală pentru boala cronică, eliberată în aceeași perioadă);

- Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 de zile.

**Art.328.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor sunt următorii:

- a) Numărul de pacienți internați fără bilet de trimis din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de FOCG) - excepție internările de urgență prin camera de gardă;
- b) Numărul de pacienți externați fără scrisori medicale/bilete de ieșire din spital din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de FOCG);
- c) Număr de reclamații ale pacienților/medicilor de familie privind lipsa documentelor la externare în ultimul an calendaristic.

#### **18.54 Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților**

**Art.329.** Reglementarea procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli clare de prescriere a medicației în spital care să fie cunoscute la nivel de secție și farmacie.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - administrarea de către medicii prescriptori a unor tratamente inadecvate pacienților cărora le asigură asistență medicală de specialitate, cu impact negativ în starea de sănătate a acestora.

**Art.330.** Etapele procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prescrierea medicamentelor de către medicul prescriptor se face cu respectarea protocoalelor terapeutice, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, aprobată prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, iar pentru medicamentele care nu au protocol terapeutic, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor. Protocoalele terapeutice constituie baza de prescriere și monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraților pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Respectarea schemelor terapeutice stabilite conform protocoalelor terapeutice prevăzute în anexele nr. 1 și 2 la *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 și a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare*, este obligatorie pentru medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

b) Medicamentele se prescriu de către medicii prescriptori pe bază de prescripție medicală, în limitele competențelor profesionale, dacă:

- prezintă un pericol direct ori indirect, chiar în cazul utilizării corecte, dacă sunt folosite fără supraveghere medicală; sau
- sunt utilizate frecvent și în mare măsură incorrect și ca atare pot prezenta un pericol direct ori indirect pentru sănătatea umană; sau
- conțin substanțe ori preparate ale acestora ale căror activitate și/sau reacții adverse necesită investigații aprofundate; sau
- sunt prescrise în mod normal de medic pentru a fi administrate parenteral.

c) În cadrul CBR, prescrierea medicamentelor se realizează de către medicii prescriptori în limitele competențelor profesionale determinate de:

- Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
- Confirmarea în titluri de "Doctor în medicină";
- Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare.

d) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul CBR, prescrierea medicamentelor de către medicii curanți prescriptori se realizează în limitele competențelor stabilite la lit. c), în raport cu diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul.

e) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/comorbidități altele decât diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică Reglementarea *Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric* din prezentul Regulament, context în care prescrierea unor medicamente specifice tratamentului respectivelor diagnostice secundare/comorbidități, revine în sarcina exclusivă a medicilor care realizează consulturile interdisciplinare.

f) Schema de tratament finală se stabilește de către medicul curant care solicită atunci când consideră necesar sprijinul medicilor care au realizat consulturile interdisciplinare, precum și a farmacistului, astfel încât să se eliminate riscul unor interacțiuni medicamentoase care pot da reacții adverse și/sau ar putea pune în pericol sănătatea/viața pacientului. În mod obligatoriu la stabilirea schemei de tratament finală, medicul curant prescriptor va ține seama inclusiv de o eventuală schemă de tratament preexistentă, pe care pacientul o urmează la momentul inițial al internării.

g) Medicii șefi de secție au obligația de a verifica zilnic prescrierea tratamentului medicamentos pacienților internați în secție, inclusiv a celor internați în timpul gărzii și să ia măsuri adecvate, după caz, pentru fiecare situație care comportă depășirea competențelor profesionale.

h) Potrivit prevederilor regulilor de bună practică farmaceutică, farmacistul trebuie să încurajeze o prescriere rațională și să promoveze utilizarea corespunzătoare a medicamentelor, inclusiv în scopul evitării automedicației de către pacienți. Potrivit acelorași reguli farmacistul trebuie să utilizeze toată experiența sa profesională pentru evaluarea prescripției medicale în ceea ce privește:

- toate aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
- adaptarea sa la persoana în cauză;
- contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute;
- unele aspecte sociale, de reglementare și, de asemenea, unele aspecte economice.

i) Situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în CBR sunt analizate la nivelul Consiliului medical în baza informărilor realizate de către şefii de secții medicale ori farmacistul din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

**Art.331.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților sunt următorii:

a) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către şefii fiecărei secții medicale din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în CBR, în raport cu numărul total de pacienți externați/secție din spital în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în CBR, în raport cu numărul total de pacienți externați din spital în ultimul an calendaristic.

c) Număr de sesizări ale Consiliului Etic cu privire la depășirea competențelor specialităților medicale.

## **18.55 Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente**

**Art.332.** Reglementarea procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente are ca principale scopuri:

- a) Informarea pacientului asupra riscurilor consecutive refuzului tratamentului;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- Menținerea sau agravarea bolii pacientului, in-extremis – decesul acestuia, în situația refuzului tratamentului;
- Acționarea în instanță a spitalului;
- Răspunderea de malpraxis a personalului medical;
- Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

**Art.333.** Etapele procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Medicul curant, medicul de gardă, medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, aduce la cunoștință pacientului, într-o modalitate cît mai accesibilă, toate informațiile legate de tratament, proceduri și medicație; acest lucru se realizează din prima zi de internare, în cel mai scurt timp posibil;
- b) În urma aducerii la cunoștință a tuturor informațiilor legate de etapele pe care le presupune tratamentul individualizat al pacientului, acesta are posibilitatea să refuze anumite etape ale tratamentului sau tratamentul în integralitatea sa și să oprească orice intervenție medicală asupra sa;
- c) Medicul curant, medicul de gardă, medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, are obligația în această situație de a explica cât mai detaliat consecințele refuzului sau opririi actelor medicale;
- d) Nu în ultimă instanță medicul curant, medicul de gardă, medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va comunica pacientului care refuză investigații/tratamente posibile alternative terapeutice cu indicarea unităților sanitare/de îngrijire/paliație în care acesta poate fi tratat.

- e) În acest sens, pe formularul "Acordul pacientului informat" – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în FOCG, pacientul va confirma în scris refuzul tratamentului/opripii actelor medicale prin completarea pct. II: "Subsemnatul pacient/Reprezentant legal, ..... declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către .....(numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical". În caseta din-josul pct. II anterior menționat pacientul va înscrie data și ora refuzului exprimat și va semna. Dacă pacientul refuza completarea și semnarea pct.II din formularul "Acordul pacientului informat" medicul curant va nota în foaie refuzul acestuia în prezenta unui martor(alt medic sau asistent ) și vor semna împreună constatarea refuzului.
- f) În această situație, medicul curant, de gardă, medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCG/FSZ/registrul de la camera de gardă/documentele medicale refuzul motivat/nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus.

**Art.334.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente sunt următorii:

- a) Număr de pacienți care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic și completează în acest sens formularul "Acordul pacientului informat", din total pacienți internați în aceeași perioadă de referință.
- b) Numar de pacienți care au refuzat să semneze documentul privind "Acordul pacientului informat" pe ultimul an calendaristic.

#### **18.56 Protocolul de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR) și predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog**

**Art.335.** Protocolul de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi și reglementarea procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog are ca principale scopuri:

- a) Se face dovada faptului că personalul medical din cadrul CBR se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - agravarea stării de sănătate a pacientului, inclusiv decesul acestuia, în contextul nedepistării timpurii a instalării BCR

**Art.336.** Etapele procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul CBR, protocolul de depistare a pacienților cu BCR include, creatinina, clearance-ul de creatinină și sumarul de urină între determinările uzuale la pacienții internați fiind, potrivit deciziei Consiliului medical, analize care fac parte din setul minim de analize care se fac pentru toți pacienții internați în regim de spitalizare

continuă. În plus, este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urină din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă-transplant), indiferent dacă aceste diagnostice de internare sunt principale sau secundare. În cazul depistării unei valori crescute a creatininei, se pot efectua teste suplimentare care să ajute la diagnostic și tratament, funcție de caz precum uree, ionograma, sumar de urina, proteinurie, proteinurie pe 24 ore, ecografie abdominală precum și alte teste funcție de patologie.

b) Personalul medical din cadrul Laboratorului analize medicale al CBR calculează rata filtrării glomerulare (eRFG) plecând de la creatinina serică și în situația în care valorile eRFG se încadrează la niveluri critice, aplică prevederile Reglementarii *Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor* din prezentul Regulament.

c) Pacienții cu BCR trebuie îndrumați de către medicii curanți către serviciile de nefrologie din alt spital din municipiul București. Trimiterea pentru astfel de consulturi se realizează în scopul:

- confirmarea diagnosticului de BCR
- precizarea bolii renale primare
- stabilirea planului de îngrijire
- evaluare periodică

d) **Criterii cadreu** pentru trimiterea pacienților de către medicii curanți la consult de specialitate în specialitatea „nefrologie” sunt următoarele:

-**eRFG sub 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>**

-cazuri dovedite de scadere rapidă a funcției renale (creștere a concentrației creatininei serice cu 0.3mg/dL sau creștere procentuală a creatininei serice cu mai mult de 50% (1.5 ori) față de valorile anterioare sau o reducere a debitului urinar (oligurie documentată de sub 0.5mL/min pentru mai mult de 6 ore); indiferent de eRFG

-HTA malignă sau rezistență la tratament

-Tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic (hiperkaliemie >7.0mEq/L, hipokaliemie <2.5 mEq/L, hipercalcemie >11mg/dL);

-Tulburări ale echilibrului acido-bazic (acidoză metabolică severă, bicarbonat standard <15mEq/L);

-Pacienti cu anomalii de laborator dificil de reglat (potasemie, anemie, acidoză metabolică)

-Pacienti cu rinichi unic și eRFG sub 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>

-Sarcina

-Pacienti tineri, fără cauza clara de BCR și care pot beneficia de biopsie renală

-Raport albumina creatinina persistent crescut peste 300mg/g

-Hematurie macroscopică cu evaluare urologică negativă

e) Situațiile care impun trimiterea de către medicii curanți la astfel de consulturi sunt clasificate funcție de urgență astfel:

**Trimitere imediată** - sunt acele situații în care întârzierea inițierii tratamentului (inclusiv prin dializă) poate determina evoluție gravă sau deces-dezechilibre ionice, metabolice, hipervolemie. Se identifică astfel situații precum:

-eRFG <15-20mL/min/1.73m<sup>2</sup>, indiferent dacă sunt prezente manifestări ale uremiei sau nu. - Tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic (hiperkaliemie >7.0mEq/L, hipokaliemie <2.5 mEq/L, hipercalcemie >11mg/dL)

-Tulburări ale echilibrului acido-bazic (acidoză metabolică severă, bicarbonat standard <15mEq/L);

**Trimiterea de urgență** - indică posibilitatea agravării situației clinice în lipsa unui tratament prompt (obstructie de tract urinar), eRFG între 15-29mL/min/1.73m<sup>2</sup>, dacă BCR nu este cunoscută sau eRFG nu este stabilă, HTA malignă

**Trimiterea de rutină** se adresează situațiilor în care consulturile pot fi planificate, atunci când se monitorizează eRFG între 30-59mL/min/1.73m<sup>2</sup>

Trimiterea nu este necesară la valori a eRFG cuprinse între 60-89mL/min/1.73m<sup>2</sup> dacă nu există vreuna din situațiile de mai sus.

Această ierarhizare este impusă de capacitatea actuală redusă a serviciilor de nefrologie din România și urmărește evitarea situațiilor în care bolnavii nu au acces, în condiții de siguranță, la servicii specializate. În concluzie, criteriile amintite nu trebuie interpretate ca o limitare a libertății medicilor sau a pacienților de a solicita consultații specializate, în orice moment, indiferent de starea clinică.

f) Toate scrisorile medicale eliberate de către medicii curanți pentru pacienții externați cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată vor conține în mod obligatoriu indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (eRFG). Respectivele scrisori medicale trebuie însoțite și de următoarele informații minimale obligatorii:

- Anamneză medicală generală
- Simptomatologie reno-urinară
- Medicație
- Examen fizic (elemente relevante pozitive - TA, diureză etc.)
- Testul bandeletei reactive pentru hematurie și proteinurie
- Raportul proteinurie/creatininurie, în caz de existență a proteinuriei
- Hemogramă și celelalte teste de laborator
- Valorile serice: creatinină, sodiu, potasiu, albumine, calciu, fosfat, colesterol, glicemie
- Ecografie abdominală, dacă este disponibilă

g) La nivelul fiecărei secții din cadrul CCBR funcționează o evidență/registru (conform unui model agreat de către Consiliul medical) în care vor fi înscrise, prin grija asistentei șefei, toți pacienții cu suspiciune de BCR identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu BCR.

**Art.337.** Indicatorul de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog este:

a) Număr de pacienți cu suspiciune de BCR identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu BCR, înregistrați în evidențele/regisstrele care funcționează pe secțiile medicale, din total pacienți internați pe respectivele secții, în ultimul an calendaristic.

#### **18.57 Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități**

**Art.338.** Reglementarea modului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități are ca principale scopuri:

a) Permite culegerea de date în scopul identificării problemelor de îngrijire/diagnosticelor de îngrijire actuale sau potențiale ale pacientului, adică determinarea statusului de sănătate al acestuia.

- b) Asigură o evaluare și îngrijire personalizată a pacienților.
- c) Asigură o repartizare corectă a personalului medical și a personalului de îngrijire în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților de pe secții/compartimente.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Determinarea eronată a gradului mediu de dependență a pacienților;
  - Imposibilitatea luării unor decizii fundamentate de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi.
  - Neasigurarea de îngrijiri medicale corespunzătoare pacienților pe secții/compartimente;
  - Producerea de E.A.A.A.M.;
  - Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor.

**Art.339.** Etapele procesului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

e) În prima zi de internare, asistentul medical de tură, care preia pacientul în îngrijire, notează în „*Planul de îngrijire al pacientului*”, gradul de dependență calculat prin însumarea scorurilor de dependență la internare pentru fiecare nevoie a pacientului, obținut în urma anamnezei primare. Scorul de dependență la internare se va calcula o singură dată. Scorul de dependență la internare va fi înregistrat și în „*Situația îngrijirilor la externare*”

f) Scorul de dependență din ultima zi de internare va constitui scorul de dependență la externare și este calculat de asistentul medical de salon aflat pe tură prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi de internare pentru fiecare nevoie a pacientului. Scorul de dependență la externare va fi înregistrat și în „*Situația îngrijirilor la externare*”.

g) Lunar asistentele șefe de pe fiecare secție vor determina gradul mediu de dependență al pacienților astfel:

- vor centraliza pentru pacienții externați din secție din „*Situația îngrijirilor la externare*” următoarele informații:
  - numărul FOOG
  - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului total de dependență la internare
  - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului total de dependență la externare.
- Situația se centralizează, de către asistenții șef, în ultima zi a lunii și se întocmește formularul „*Tabel grad mediu de dependență*” la nivel de secție/compartiment pentru luna în curs.
- Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- Gradul mediu de dependență la externare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- Rezultatul acestor calcule reprezintă valoarea lunară a indicatorului „*gradul mediu de dependență la internare*”, respectiv „*gradul mediu de dependență la externare*” pentru fiecare specialitate medicală.

h) Semestrial persoana nominalizată prin decizia managerului pentru a îndeplini prin cumul atribuțiile directorului de îngrijiri/asistent șef spital întocmește și prezintă Consiliului medical o analiză a gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar. Această analiză se poate utiliza în decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor cu paturi în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților internați.

i) Pentru calcul gradului mediu de dependență raportat la unitatea de timp se va folosi ca și instrument SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) conform tabelului de mai jos:

Elemente ale intervenției asistentei medicale în funcție de următoarele grade de dependență			
I	II	III	IV
Independență	Dependență moderată	Dependență majoră	Dependență totală
Autonomie	Lipsa forței fizice Lipsa voinței Lipsa cunoștințelor Probleme psihice Mediu defavorabil	Existența mai multor surse de dificultate	Existența mai multor surse de dificultate
Proceduri pentru menținerea sănătății	Ajutor parțial	Ajutor permanent	Suplinire totală
<b>Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în ÎNGRIJIREA DE BAZĂ</b>			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
<b>Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în ÎNGRIJIREA TEHNICĂ</b>			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
<b>Durata medie a înregistrărilor în ÎNGRIJIRE ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE</b>			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în funcție de timpul individualizat de îngrijire			
<b>TOTAL INGRIGIRI</b>			
Max 25 minute/24h/pacient	Max 100 minute/24h/pacient	Max 250 minute/24h/pacient	Max 500 minute/24h/pacient

j) Corelația între cele trei categorii de îngrijire din tabelul de mai sus și cele 14 nevoi de îngrijire utilizate în *"Planul de îngrijire al pacientului"* adoptat la nivelul spitalului, este următoarea:

- ÎNGRIJIREA DE BAZĂ (îngrijiri uzuale, autonome și/sau delegate, acordate zilnic de către personalul sanitar mediu și auxiliar zilnic) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

➤ Nevoia de a respira și a avea o bună circulație

- Nevoia de a se alimenta și hidrata
- Nevoia de a elimina
- Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură
- Nevoia de a dormi și a se odihni
- Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca
- Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale
- Nevoia de a fi curat, îngrijit și a proteja tegumentele și mucoasele

○ ÎNGRIJIREA TEHNICĂ (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în contextul unor intervenții delegate și sau sub supravegherea medicului) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

- Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
- Nevoia de a se alimenta și hidrata
- Nevoia de a elimina

○ ÎNGRIJIREA ÎN RELAȚII EDUCAȚIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în cazul nevoilor fundamentale deficitare care au ca și punct comun comunicarea) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

- Nevoia de a comunica
- Nevoia de a practica religia
- Nevoia de a fi util (a fi preocupat în vederea realizării)
- Nevoia de a se recrea
- Nevoia de a învăța să-și gestioneze sănătatea

k) În situația în care se constată sincope în acordarea îngrijirilor medicale, calculul gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar se poate realiza lunar sau ori de câte ori se consideră necesar și la nivelul fiecărei secții, de către asistenta șefă, la solicitarea medicului șef de secție. În situația în care în urma efectuării acestui calcul se constată că numărul de personal sanitar mediu și/sau auxiliar este insuficient, șeful secției solicită, după caz, delegarea de personal sanitar și/sau auxiliar între compartimentele aceleiași secții sau din cadrul altelor secții medicale.

l) Delegarea de personal mediu și/sau auxiliar între compartimente/secții medicale se realizează cu respectarea prevederilor reglementării privind *Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoie immediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale*" din prezentul Regulament).

**Art.340.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități sunt următorii:

- a) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal medical mediu și/sau auxiliar, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de E.A.A.A.M. declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/sau auxiliar.

## **18.58 Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile**

**Art.341.** Reglementarea modului de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile are ca principale scopuri:

- a) Stabilește reguli de organizare eficace și eficiență a camerei de gardă și a secțiilor medicale în situații în care se constată că nivelul de dotare al acestora este insuficient pentru asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient sau că există patologie neacoperită de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Agravarea stării de sănătate și chiar decesul pacientului în contextul în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile sau există patologie neacoperită de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.

**Art.342.** Etapele procesului de transfer interclinic pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, CCBR încheie un acord de colaborare sau un act adițional la acordul de colaborare existent cu Spitalul „Sf. Pantelimon”, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocolelor de transfer interclinic al pacientului critic*. Obiectul respectivului acord de colaborare îl constituie transferul interclinic<sup>3</sup> al pacienților. După caz, anual CBR poate încheia acorduri de colaborare similară și cu alte spitale din arealul deservit, pornind de la premissa că acestea se pot regăsi în situația de a avea în anumite specialități medicale un nivel de dotare mai mare decât CBR sau că există patologie neacoperită de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.

b) În termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui acord de colaborare, personalul este informat de încheierea acestora în cadrul raportului de gardă și la prima ședință de Consiliu Medical, personalul având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.

c) În baza acordurilor de colaborare încheiate responsabilitatea de evaluare a pacienților și organizarea transferului interclinic al acestora revine:

- În timpul programului normal de lucru: responsabilitatea revine medicului curant în colaborare cu medicul șef de secție.
- În afara programului normal de lucru: responsabilitatea revine medicului de gardă.

d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evaluateze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot influența negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi consemnate în fișa pacientului. Originalul sau o copie a acestei fișe însoțește pacientul la unitatea unde acesta este transferat.

e) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului are obligația să îl informeze pe acesta sau pe apartinătorii acestuia asupra riscurilor și a posibilelor beneficii ale transferului, consemnând această informare. Acceptul pacientului sau al apartinătorilor se obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar fi în detrimentul pacientului. În cazul în care acceptul

<sup>3</sup> transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitara care trimite pacientul

pacientului sau al aparținătorilor nu poate fi obținut, acest lucru este documentat și motivele sunt explicate în fișa pacientului.

f) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului evaluează starea acestuia, necesitatea transferului, momentul transferului, modalitatea transportului, nivelul asistenței medicale pe durata transferului (competențele echipajului și dotarea necesară) și destinația transferului, având ca scop final asigurarea îngrijirilor medicale optime pacientului transferat, fără întârziere nejustificată. În situația în care spitalul la care se solicită transferul pacientului refuză să accepte din lipsa locurilor, acestuia îi revine obligația de a găsi un loc într-un spital care deține competențe și condiții de investigații și tratament cel puțin egale cu nivelul propriu.

g) Acceptul pentru transfer se obține de la spitalul care primește pacientul, înaintea începerii transferului, cu excepția cazurilor în care pacientul necesită un transfer de urgență, fiind instabil hemodinamic sau în pericol vital eminent.

h) Documentația ce cuprinde starea pacientului, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, medicația administrativă, cu specificația dozelor și a orelor de administrare, consulturile de specialitate etc. este copiată sau trimisă în original spitalului care primește pacientul. În situația în care este posibil, documentația poate fi trimisă și prin poșta electronică. Investigațiile imagistice efectuate (CT, RX, RMN, etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.

i) În vederea organizării transferului interclinic medicului responsabil îi revin următoarele responsabilități:

- identifică pacientul cu indicație pentru transfer;
- inițiază procesul de transfer, prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;
- asigură stabilizarea maximă posibilă a pacientului, în limita posibilităților existente în cadrul CCBR;
- determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul; transferul se poate face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia;
- evită întârzierile nejustificate din punct de vedere medical;
- asigură păstrarea unui nivel adecvat și constant de îngrijire pe durata transferului, până la preluarea pacientului de către medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a competențelor echipajului și a nivelului de dotare necesară pentru realizarea în cele mai bune condiții a transferului;
- transferă documentația și rezultatele investigațiilor pacientului către unitatea primitoare.

j) Înaintea efectuării transferului pacientul este reanimat și stabilizat în limita posibilităților, evitând întârzierile nejustificate, manevrele de stabilizare, atunci când există indicație, fiind cele prevăzute de pct. 3. din Anexa nr. 1 la *OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

k) Medicul care solicită transferul se asigură că pe timpul acestuia sunt asigurate condițiile prevăzute de pct. 4. din Anexa nr. 1 la *OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

l) Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul sunt cele prevăzute de pct. 5. din Anexa nr. 1 la *OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

m) Fișa medicală de transfer interclinic a pacientului critic, al cărui model se regăsește în Anexa nr. 3 la *OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, se completează de către medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalului care urmează să primească pacientul la numere de fax prestatibile și/sau adresă de e-mail prestatibile prin acorduri de colaborare, după caz. În caz de urgență medicul solicitant poate înmâna fișa echipajului care efectuează transferul la predarea pacientului, el fiind obligat să trimită o copie spitalului primitor înaintea sosirii pacientului la destinație. O copie a acestei fișe rămâne în serviciul care solicită transferul.

n) Materialele sanitare și medicamentele necesare pe durata transferului pacientului, sunt asigurate, pentru toată durata transferului, de către CBR – ca unitate sanitară care solicită transferul, urmând ca echipajul de transfer să predea materialele și medicamentele rămase neutilizate medicului din unitatea care primește pacientul, acestea fiind trecute în fișă pacientului.

o) În cazul pacienților considerați netransportabili din cauza stării lor clinice, dar al căror transfer către o altă unitate sanitară reprezintă unică șansă de salvare a vieții lor, decizia asupra efectuării transferului se ia de către medicii din spitalul în care se află pacientul la momentul respectiv, de comun acord cu medicii din spitalul la care urmează a fi trimis pacientul și cu serviciul care urmează să efectueze transferul. În aceste situații, medicul sau medicii care decid transferul în beneficiul pacientului explică situația și riscurile acestui transfer familial, care își va da acordul. În lipsa familiei, aceasta va fi reprezentată de medicii din CBR.

p) În cadrul CCBR se asigură accesul personalului medical la un fax funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7, existent în secretariat. Prin grija directorului medical în locul de dispunere a faxului/faxurilor sunt disponibile numere de contact actualizate ale tuturor potențialelor spitale/servicii care pot fi implicate în transferul interclinic al pacienților critici.

q) De asemenea, prin grija directorului medical există evidență actualizată permanent a numărului și a locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către CCBR.

#### Art.343.

Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de acorduri de colaborare sau acte adiționale la acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*;

b) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic în raport cu numărul de pacienți externați din fiecare secție a spitalului.

c) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din camera de gardă. În raport cu numărul de pacienți prezenți în camera de gardă.

d) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic pentru care au fost întocmite Fișe medicale de transfer întreclinic a pacientului critic în raport cu numărul de pacienți transferați interclinic.

#### 18.59 Colaborarea dintre camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești

**Art.344.** Reglementarea procesului de colaborare dintre camera de gardă, secțiile spitalului și serviciile de urgență prespitalicești are ca principale scopuri:

- a) Eficientizarea procesului de îngrijire a pacientului în situații de urgență;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - agravarea stării de sănătate a pacientului, inclusiv decesul acestuia;
  - întârzierea acordării asistenței medicale.

**Art.345.** CBR colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:

a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare<sup>4</sup> - scopul acestuia este transferul unui echipaj medical spitalicesc, cu dotarea necesară, la locul unde se află un pacient în stare critică, în vederea acordării de asistență medicală de urgență calificată, precum și transferul interclinic al pacienților aflați în stare critică.

b) Serviciul de Ambulanță Județean București - Ilfov<sup>5</sup> – asigură, după caz, asistență medicală de urgență prespitalicească, consultații medicale de urgență, și transport sanitar neasistat.

**Art.346.** Etapele procesului de colaborare dintre camera de gardă, secțiile spitalului și serviciile de urgență prespitalicești presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, Serviciul AAATT din cadrul CBR încheie un contract de servicii medicale prespitalicești sau un act adițional la contractul de servicii medicale prespitalicești existent cu SABIF, având ca obiect furnizarea următoarelor servicii medicale și de transport sanitar asistat:

- Solicitări de urgență majoră/urgență gr. 2 la solicitarea CCBR;
- Transporturi sanitare asistate intraspitalicești și postspitalicești;
- Transporturi sanitare asistate în vederea efectuării unor investigații paraclinice, a unor consultații interdisciplinare,
- Servicii de asistență medicală la diverse acțiuni organizate de CCBR pe toată durata desfășurării acestora;

b) În termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de servicii medicale prespitalicești, personalul este informat de încheierea lor în cadrul raportului de gardă și la primul Consiliu Medical, personalul având obligația legală de a respecta cele stabilite prin contract.

c) În cazul unor disfuncționalități sau în cazul în care echipajele de urgență prespitalicească nu respectă competențele sau protocolele/acordurile existente, directorul medical are obligația de a informa în scris conducerea SABIF sau, după caz, medicul-șef al SMURD despre problemele respective.

d) Structurile medicale din cadrul CCBR, care din varii motive au nevoie de asigurarea serviciilor medicale de transport, au obligația să solicite în scris respectivele servicii conform modelului de formular transmis de SABIF, până cel mai târziu la ora 17<sup>00</sup> din ziua precedentă. Formularul „Solicitare pentru transport sanitar” este disponibil pe rețeaua de intranet a CBR și cuprinde datele de identificare ale pacientului, diagnostic, număr zile de spitalizare, dacă necesită targă/scaun/oxigen sau altele, tipul ambulanței, secția etajul, și salonul de unde va fi preluat pacientul, destinația pacientului, data și ora efectuării transportului. Formularul în cazul în care transportul pacientului se face în alt județ, solicitarea se face cu minim 24 de ore înainte. Pentru serviciile medicale de transport care urmează a fi decontate de către CBR, în mod

<sup>4</sup> În continuare: „SMURD”

<sup>5</sup> În continuare : „SABIF”

obligatoriu, se va solicita avizul medicului şef de secţie şi aprobarea directorului medical/managerului spitalului.

**Art.347.** Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de colaborare dintre camera de gardă, secţiile spitalului şi serviciile de urgenţă prespitaliceşti sunt următorii:

- a) Număr pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital şi internaţi în intervalul orar 08:00 - 14:00 din număr total pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- b) Număr pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital şi internaţi în intervalul orar 14:00 - 08:00 din număr total pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- c) Număr pacienţi pentru care a fost solicitat SMURD din total pacienţi externaţi, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- d) Număr pacienţi pentru care a fost solicitat SABIF din total pacienţi externaţi, pe ultimul an calendaristic încheiat.

#### **18.60 Curăţirea şi/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere**

**Art.348.** Reglementarea procesului de curăţire şi/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere are ca principale scopuri:

- a) Asigură implementarea unor măsuri de gestionare a riscului de iradiere;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - Risc de iradiere;
  - Apariţia unor boli profesionale prin expunere externă la radiaţii a întregului corp.

**Art.349.** La nivelul CCBR următoarele spaţii se constituie în zone cu risc de iradiere:

- a) Spaţiile de dispunere ale aparatelor de radiologie EASY DIAGNOST şi PRS 500F
- b) Spaţiul de dispunere al aparatului de osteodensitometrie DEXA

**Art.350.** Etapele procesului de curăţire şi/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Întregului personal al Laboratorului de radiologie şi imagistică medicală din cadrul CBR care îşi exercită parte dintre atribuţiile înscrise în fişa de post în apropierea zonelor cu risc de iradiere sau, prin natura atribuţiilor intră pentru perioade scurte în aceste zone, inclusiv pentru efectuarea curăţirii şi/sau decontaminării acestora, i se acordă în mod gratuit - de către titularul de autorizaţie, echipament individual de protecţie la radiaţii care se acordă suplimentar echipamentului individual de protecţie specific locului de muncă respectiv. Echipamentul individual de protecţie acordat unei persoane trebuie să asigure protecţia acesteia împotriva tuturor factorilor de risc care acionează asupra sa în timpul îndeplinirii sarcinii de muncă

b) Titularul de autorizaţie este obligat să asigure, în afara echipamentului individual, mijloacele de protecţie colectivă la radiaţii ionizante (ecrane de protecţie fixe sau mobile, nişe etc.) şi materialele şi mijloacele necesare decontaminării suprafeţelor, echipamentelor de protecţie la radiaţii şi a corpului uman.

c) Obligaţiile pe care le are titularul autorizaţiei, responsabilii cu securitatea radiologică şi persoanele care beneficiază de echipament individual de protecţie la radiaţii în raport cu activitatea de asigurare şi utilizare a echipamentului individual de protecţie la radiaţii, sunt cele menţionate de art. 14-16 din „*Normativul de acordare şi de utilizare a echipamentului individual de protecţie la radiaţii ionizante*” aprobat prin Ordinul CNCAN nr. 421/2004.

d) Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este atributul asistentelor medicale de tură și îngrijitoarelor care deservesc Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, acestea având în acest sens următoarele obligații:

- Zilnic, la începutul programului/schimbarea turei, se curăță de praf aparatele radiologice și se dezinfecțează cu soluție necorozivă, recomandată de fabricant;
- Monitoarele se curăță cu soluție specială conform specificațiilor înscrise în cărțile tehnice ale aparatelor radiologice;
- Curățirea / decontaminarea aparatelor de face după decuplarea acestora de la rețea electrică, ori de câte ori situația o impune (de exemplu: s-a vărsat ceva pe aparat sau pe acesta ajung produse biologice de la pacienți);
- Zilnic sau la nevoie (în mod obligatoriu după fiecare pacient cu TBC) se realizează dezinfecția spațiilor care se constituie în zone cu risc de iradiere, prin utilizarea lămpilor UV, minim 20 minute;
- Şorțurile de radioprotecție utilizate de personalul laboratorului se spală cu apă și săpun și se dezinfecțează cu soluții dezinfecțante pentru suprafete; acestea se mențin întinse pe umerașe pentru a nu se distrugă folia de Pb;
- Zilnic, pe timpul curățeniei, se deschid geamurile pentru aerisire; se curăță și se dezinfecțează tot mobilierul din cameră cu laveta îmbibată în soluție de detergent și dezinfecțant. De asemenea se curăță pavimentele și se golesc coșurile de gunoi. Lavetele utilizate se limpezesc după stergerea fiecarui element de mobilier, chiuvete, oglinzi și exteriorul dispenserelor pentru săpun lichid, dezinfecțant. Înainte de reumplere toate dispenserele se curăță și se clătesc cu apă fierbinte;
- Săptămânal se curăță și se dezinfecțează usile, ferestrele, caloriferele și coșurile de materiale nesterile;
- Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face zilnic, după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru; ustensile se spală, se curăță, se dezinfecțează și se usucă (în cazul în care se folosesc la materii organice întâi se realizează dezinfecția apoi curățarea).

e) Potrivit contractelor de service și de întreținere încheiate de către spital, pentru fiecare dintre aparatelor radiologice dispuse în spațiile care se constituie în zone cu risc de iradiere, se realizează lunar/trimestrial verificarea și întreținerea acestora, cu emiterea unor buletine de verificare conform prevederilor legale în vigoare.

f) Anual, prin grija șefului Laboratorului de radiologie și imagistică medicală se realizează instructație periodice ale personalul care manevrează produse radioactive, conform planului anual de perfecționare prin cursuri și instruiriri aprobat.

**Art.351.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de probe pozitive prelevate de către CPIAAM din Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de instructație periodice realizate anual cu personalul care manevrează produse radioactive din total instructație planificate.

#### **18.61 Reglementare internă privind evidența, monitorizarea produselor și serviciilor critice, analiza periodică a stocurilor precum și aprovizionarea cu acestea pentru cazuri excepționale**

**Art.352.** Reglementarea procesului de evidență și monitorizare a produselor și serviciilor critice are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea valabilității contractelor de furnizare a produselor și serviciilor critice.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Întârzierea sau blocarea actului medical și a altor activități de suport.
  - o Desfășurarea actului medical în condiții improprii
  - o Agravarea stării de sănătate a pacientului, diagnostic eronat
  - o Producerea de IAAM

Art. 353 Etapele procesului de evidență, monitorizare a produselor și serviciilor critice, analiza periodică a stocurilor precum și aprovisionarea cu acestea pentru cazuri excepționale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a. Anual, la nivelul spitalului, în baza deciziei Comitetului director, prin grija compartimentelor de specialitate, a fost stabilită Lista serviciilor și produselor critice din spital, respectiv a produselor și serviciile esențiale pentru ingrijirea pacienților și a căror defectare/lipsă ar duce la agravarea stării de sănătate sau moartea pacientului, sau poate afecta grav funcționarea unui compartiment.
- b. Modificarea și/sau completarea Listei serviciilor și produselor critice se face numai cu aprobarea Comitetului director, la propunerea șefului serviciului administrativ, aprovisionare, achiziții, transport, tehnic și a directorului medical.
- c. Procesul de aprovisionare a serviciilor și produselor critice în situații exceptionale se face în baza unui referat de urgență întocmit de compartimentul în care apare situația exceptionala (cu risc vital al pacientului). În cazul în care apar astfel de situații, se va apela mai întâi la stocurile minime acceptate, special constituite și în același timp se va continua procesul de aprovisionare.
- d. Responsabilitatea privind evidență, monitorizarea produselor și a serviciilor critice, analiza periodică a stocurilor precum și aprovisionarea cu acestea pentru cazuri excepționale este:
  - șefului serviciului administrativ, aprovisionare, achiziții, transport, tehnic – serviciile critice;
  - farmacistul unității - trusele de urgență, se vor avea în vedere medicamentele, materialele sanitare aflate pe baremul aprobat, astfel încât acestea să nu lipsească sau să aibă perioada de valabilitate depasită;
  - asistentele sefe ale secțiilor medicale - dezinfecțantii
- e. Cererile de produse și servicii se fac în timp util pentru a se asigura că în depozitele spitalului există permanent un stoc adecvat (pentru minimul acceptat – conform listei întocmite anual) de produse și servicii critice.
- f. În cazuri determinate de evenimente imprevizibile sau din motive de extremă urgență, se aplică procedura de negociere fără publicarea prealabilă a unui anunț de participare, în conformitate cu prevederile art.104 lit. c din Legea 98/2016 privind achizițiile publice pentru aprovisionarea cu produse și servicii critice pentru cazuri excepționale.

**Art.354.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evidență și monitorizare a produselor și serviciilor critice sunt următorii:

- a) Întocmirea la timp a listei de produse și servicii critice.
- b) Asigurarea permanentă cu produse și servicii critice aprobată de către Comitetul director.
- c) Absența sincopelor în aprovisionarea cu produse și servicii.
- d) Număr de situații în care a fost necesară suplimentarea cantităților prevăzute în contractele inițiale
- e) Număr de situații în care unitatea a rămas fără produsele și serviciile critice stabilite în lista întocmită la nivelul unității

**APROBAT**  
**MANAGER**  
**Prof. Dr. Cătălin CODREANU**

### **LISTA CU PRODUSELE ȘI SERVICIILE CRITICE**

	<b>Denumire</b>	<b>Stoc minim acceptat</b>
<b>Medicamente din trusa de urgență</b>		
<b>Dezinfectanți</b>		
<b>Materiale sanitare</b>		
<b>Utilități</b>		

Lista a fost aprobată în ședința Comitetului Director din data de....., conform procesului verbal nr. ....../.....

#### **18.62 Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș**

Art. 355 Reglementarea procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș are ca principale scopuri:

a) Stabilește atribuții clare pentru personalul CCBR cu responsabilități în înlăturarea gheții/zăpezii din curte precum și a zăpezii și gheții de pe acoperiș;

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

- o Producerea de accidente cauzate de căderea pe gheață în curte a pacienților, aparținătorilor, proprietarilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului;
- o Accidentarea persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului cauzată de căderi pe zăpadă și/sau turțuri de pe acoperișul spitalului;
- o Producerea de pagube materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului sau în exteriorul acestuia, determinate de căderi pe zăpadă și/sau turțuri de pe acoperișul spitalului;

Art.356 Etapele procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, responsabilul cu deszapezirea pe unitate - Șeful Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic, coordonează echipele de lucru, luând toate măsurile necesare pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă/gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului.

b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului/sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, fochistul de serviciu conform graficului de lucru anunță medicul de gardă care

coordonează împreună cu personalul prezent, luand toate masurile pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă/gheăță, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului.

De asemenea, fochistul de serviciu îl tine la curent pe Seful Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic cu activitatea de deszapezire și de combatere a poleiului.

c) Pentru contracararea efectelor ninsorii și poleiului se achiziționează materialele necesare (sare grunjoasă, nisip, lopeti de zapada din plastic și aluminiu, taietoare de gheata, maturi stradale). Fochistul de serviciu împreună cu personalul care asigura paza prin contract de prestari servicii, va imprastia agentul de dezghetare pe aleile interne și în parcuri.

d) Zilnic, în perioada de iarna, fochistul de serviciu verifică dacă există tururi la clădirile unitatii și aduce la cunoștință Șefului Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic situația existentă. Indiferent de momentul în care se constată formarea de tururi mari de gheăță pe stăriile acoperișului spitalului, Șeful Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului va anunța telefonic echipa de intervenție din cadrul ISU București în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.

e) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul ISU București, Șeful Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic va coordona activitatea personalului care, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii va instala afișe de atenționare și va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului.

f) După intervenția de îndepărțare a tururilor de pe stăriile spitalului de către echipa de intervenție din cadrul ISU București, Șeful Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic va coordona personalul în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii tururi.

**Art.357** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheăță de pe acoperiș sunt următorii:

a) Număr de accidente cauzate de căderea pe gheăță în curte a pacienților, aparținătorilor, proprietarilor angajați sau a pietonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului.

b) Număr de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în curtea spitalului cât și pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului, determinate de căderi pe zăpadă și/sau tururi de pe acoperișul spitalului.

c) Valoarea pagubelor materiale cauzate autovehiculelor care staționează în exteriorul spitalului, determinate de căderi pe zăpadă și/sau tururi de pe acoperișul spitalului.

d) Număr de procese penale sau de amenzi administrative deschise/date personalului spitalului în situația producării unor accidente sau a unor pagube materiale determinate de căderea pe gheăță în curte a pacienților, aparținătorilor, proprietarilor angajați sau a pietonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului sau avarierea de bunuri cauzate de căderi pe zăpadă și/sau tururi de pe acoperișul spitalului.

## 18.63 Apărarea împotriva incendiilor

**Art.358.** Activitatea de prevenire și stingere a incendiilor la Spitalului este organizată și se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii nr. 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor, republicată cu modificările și completările ulterioare și Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispozitiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare și cu „Planul de intervenție” aprobat de managerul unității și avizat de către ISU Bucuresti-Ilfov.

**Art.359.** (1) Scopul prezentei reglementări de apărare împotriva incendiilor este de prevenire și reducere a riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condițiilor pentru limitarea propagării și dezvoltării acestora prin măsuri tehnice și organizatorice, pentru protecția utilizatorilor, forțelor care acționează la intervenție, bunurilor și mediului împotriva efectelor incendiilor.

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

(3) Întreg personalul CCBR este obligat:

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

(4) Activitatea de instruire a personalului se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației precizate la art. 1.

(5) În CCBR, principalele categorii de utilizatori nominalizați la alin. (1) sunt:

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

**Art.360.** Cercetarea, raportarea, stabilirea răspunderilor și evidența incendiilor se face în conformitate cu prevederile Legii nr. 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor, republicată cu modificările și completările ulterioare și Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispozitiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare.

#### **18.64 Evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie**

**Art.361.** Reglementarea procesului de evacuare a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie are ca principale scopuri:

- a) Minimizarea/limitarea riscurilor și efectelor în urma unor situații de urgență;
- b) Protecția personalului și a bunurilor materiale;

- c) Eliminarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Producerea unor accidentări pe timpul acțiunii de evacuare a clădirilor și a personalului;
  - o Producerea de pagube materiale pe timpul acțiunii de evacuare a bunurilor materiale;
  - o Crearea panică/ atacuri de panică;
  - o Blocarea căilor de evacuare;
  - o Întârzierea luării deciziei și începerii evacuării.

**Art.362.** Obligații generale specifice personalului propriu:

- să se instruiască permanent privind modul de acțiune în situații de urgență;
- să se instruiască permanent privind modul de folosire și situațiile în care se folosesc mijloacele tehnice portabile de stins incendii;
- să intervină în caz de nevoie pentru limitarea efectelor provocate de situația de urgență pentru evacuarea persoanelor, bunurilor sau prin utilizarea mijloacele tehnice portabile de stins incendii;
- să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență.

**Art.363.** Obligații generale specifice pacienților/persoanelor interne, însotitorilor/apărătorilor și vizitatorilor:

- păstrarea permanentă a căilor de evacuare libere;
- menținerea în stare operațională a surse alternative de alimentare cu energie electrică și a iluminatului de siguranță;
- menținerea în stare de funcționare a instalației de alarmare și avertizare/semnalizare;
- marcarea corespunzătoarea a căilor de evacuare;
- existența mijloacelor specifice de evacuare: tărgi, cărucioare, paturi cu rotile.

**Art.364.** Reguli generale obligatorii:

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

**Art.365.** Situațiile de urgență sunt acele evenimente excepționale, care prin amplitudine și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediului înconjurător, valorile materiale și culturale importante iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri și acțiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare și managementul unitar al forțelor și mijloacelor implicate. Situațiile de urgență care impun evacuarea, în raport de amplitudinea acestora, sunt următoarele:

- căderi masive de precipitații,
- furtuni și viscol,
- producerea unui cutremur,
- alunecări de teren,
- căderi de obiecte玄mică,
- explozie,
- accidente, avarii, explozii și incendii în activități de transport și depozitare produse periculoase,
- accidente, avarii, explozii, incendii sau alte evenimente în activitățile nucleare sau radiologice,
- prăbușiri de construcții, instalații sau amenajări,
- eșecul utilităților publice,
- producerea unui incendiu,
- epidemii/ epizootii/zoonoze.

**Art.366.** Etapele procesului de evacuare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte玄mică sau explozie, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- b) Este obligatoriu să se aștepte încetarea/ liniștirea situației și să se evite panica iar la derularea acțiunilor de evacuare se va ține cont de caracteristicile clădirii.
- c) Cadrele medicale trebuie să liniștească pacienții folosind expresii de tipul „Păstrați-vă calmul! Panica poate produce victime!”, „Fiți calmi, nu părăsiți încăperea!”.
- d) Toți utilizatorii clădirilor și spațiilor specifice spitalului trebuie să se protejeze, pe cât posibil, stând ghemuiți, sub mese, sub paturi, ținându-se cu mâinile de picioarele acestora, sub o grindă de rezistență sau lângă un stâlp de rezistență/perete interior de rezistență, sub tocurile ușilor (preferabil pentru a putea ține sub observație pacienții din saloane/rezerve în timpul evenimentului), cu ușile între deschise, pentru a menține libere căile de evacuare.
- e) Însoțitorii persoanelor cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) trebuie să aibă grijă de acestea, protejându-le, pe cât posibil, sub o grindă sau lângă un stâlp de rezistență.
- f) Tuturor persoanelor din clădire, inclusiv cele cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) li se recomandă să numere de la 1 la 60 pentru a avea o percepție reală asupra timpului.
- g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereti, respectiv tablouri, ghivece cu flori, etc.
- h) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă ferestre deoarece geamurile se pot sparge în timpul evenimentului.
- i) Sub nici o formă nu se vor parcurge scările în timpul producerii evenimentului, fiind de asemenea, interzisă utilizarea lifturilor, așteptându-se liniștirea situației.
- j) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- k) După încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipă responsabilă cu evacuarea/salvarea utilizatorilor pentru fiecare nivel al construcției și spațiilor specifice va asigura verificarea stării traseelor de evacuare (scări interioare, holuri, coridoare, uși, ieșiri, etc.), iar în cazul în care acestea sunt libere, neblocate, va da semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.
- m) În funcție de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parțială sau totală) va fi stabilită potrivit urgențelor.
- n) Șeful echipei de evacuare/salvare coordonează evacuarea utilizatorilor pe nivelul pentru care a fost desemnat.
- o) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirii și spațiilor specifice unității sanitare.
- p) Cadrele medicale care au în grija pacienți cu dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) verifică dacă însoțitorii au grija de aceștia și îi pregătesc pentru evacuare/salvare.
- q) Persoanele care vor ieși primele din clădire sunt utilizatorii spațiilor ce se află în saloane/rezerve/cabinete/spații situate la parter, în ordinea apropierii acestora față de ieșiri, urmând etajul 1, etajul 2, etajul 3 și etajul 4.
- r) Utilizatorii spațiilor care prezintă dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) vor fi sprijiniți de persoanele însoțitoare care-i vor ajuta să se evacueze.
- s) Pe timpul derulării operațiunilor de evacuare se va evita aglomerația holurilor, în special a scărilor și se va circula, pe cât posibil, pe lângă peretii ce nu au ferestre (de preferat).
- t) Pentru protecția personală, utilizatorii pot folosi orice obiect pe care îl vor plasa deasupra capului, care va fi menținut în această poziție de la ieșirea din clădire până la locurile de adunare.

- u) Toți utilizatorii construcției ies din clădire în sir de câte o persoană folosind toate traseele stabilite ca sigure în urma verificării integrității acestora spre locurile de adunare stabilite. Locurile de adunare sunt amplasate în centrul curților interioare.
- v) Șefii echipelor responsabile cu evacuarea/salvarea utilizatorilor spațiilor pentru fiecare nivel al construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare se vor asigura că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați/salvați și vor anunța rezultatul managerului unității/șeful punctului de asistență/șefului secției din care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, personalului desemnat cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor/personalului de specialitate cu atribuții în domeniul situațiilor de urgență.
- w) În situația în care există persoane care, datorită afectării construcției în urma producerii seismului (scări rupte, prăbușite, pereți căzuți, etc.) au rămas blocați în diverse spații, acestea vor folosi mijloace acustice (bătăi în corpuși metalice/pereți sau alte obiecte dure, strigăte de ajutor, etc.) pentru a fi auzite de personalul echipelor de evacuare/salvare din cadrul serviciilor profesioniste pentru situații de urgență chemați pentru intervenție prin apel la numărul unic 112.

Art. 367 Persoana locului de munca care va observa incendiul, va apela imediat la Dispeceratul Unic pentru Situatii de Urgenta, la numărul unic 112 și va anunța incidentul.

- b) Senzorul de fum din incaperea unde izbucneste incendiul, va porni automat, indicand pe ecranul centralei de detectie incendiu, echipament aflat în dotarea CCBR, locul incendiului. Concomitent va porni și sirena de incendiu, alertând personalul propriu în vederea organizării echipelor de intervenție pe locul de munca. În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, utilizând megafoane sau alte mijloace (ex.: Alarmă, Incendiu, Evacuati cladirea) și sistemul de comunicații aflat la dispoziția personalului de serviciu.
- c) Personalul nominalizat în echipele de evacuare/salvare va evacua pacienții în exteriorul construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare sau în alte zone ale acestora, conform planurilor de evacuare, ținând cont, totodată, de tipul de evacuare decis în Planuri ("pe orizontală", "pe verticală", "parțială" sau "totală").
- d) În oricare din situațiile mai sus prezentate, cheia unei acțiuni reușite constă în trierea pacienților și stabilirea categoriilor cu prioritate la evacuare. Este recomandat să se încearcă evacuarea etapizată, mai întâi în spații din unitatea sanitară neafectate/izolate de incendiul și abia apoi în altă locație/unitate sanitară cu paturi.
- e) Pacienții stabili din punct de vedere fizic, precum și cei din ambulatoriu, care nu necesită eforturi prea mari din partea personalului pentru a fi transportați, trebuie să fie evacuați cu prioritate. Pacienții în stare gravă vor fi evacuați în etapa a II-a. De asemenea, se va ține cont și de locația evacuării, prioritatea de această dată fiind inversată.
- f) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflată în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirilor și spațiilor specifice unității sanitare.
- g) Se vor închide toate ferestrele încăperilor de către personalul medical aflat în interiorul acestora.
- h) Odată cu asigurarea operațiunilor de evacuare, se va asigura închiderea ușilor de pe căile principale de circulație, respectiv al încăperilor din ariile afectate, astfel încât, să se preîntâmpine alimentarea cu oxigen a incendiului din zona/zonale unde acesta se manifestă, dar nu se blochează.
- i) Se vor menține deschise căile de acces în unitatea sanitară și se vor elibera căile de acces pentru autovehiculele de intervenție ale forțelor specializate.
- j) Responsabilității din cadrul echipelor de evacuare/salvare de pe fiecare nivel sau zonă delimitată din cadrul construcțiilor anunță situația evacuării conducătorului unității sanitare/șefului punctului de asistență/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.

k) Personalul responsabil cu verificarea evacuării tuturor utilizatorilor va verifica toate încăperile aferente fiecărui nivel al clădirilor și spațiilor respective pentru a se asigura că nu au rămas persoane în respectivele locații și că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați și anunță rezultatul conducătorului unității sanitare/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz, sau în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.

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

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

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

- o pacienți care au autonomie totală privind deplasarea;
- o pacienți care se deplasează lent și cu dificultate sau utilizează dispozitive de mers precum bastoane, cârje, cadre de sprijin;
- o pacienți care necesită implicarea personalului responsabil pentru evacuarea acestora, prin utilizarea de mijloace de transport, cum ar fi cărucioare, tărgi, paturi;
- o pacienți în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele și instalațiile utilizate în procesul medical, care au nevoie de o acțiune specială de însoțire și verificare a aparaturii medicale;

**Art.367.** (1) Evacuarea clădirilor/spațiilor precum și a medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se realizează în baza unui plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă, întocmit și actualizat în permanență de către managerul spitalului.

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

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

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

(5) Anual, prin grija managerului, prin Planul anual cu principalele activități ale spitalului, se planifică simularea/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.

**Art.368.** (1) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va face de către personalul spitalului în mod organizat, numai după primirea acordului serviciilor de urgență profesioniste.

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

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

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

**Art.369.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare a clădirilor în caz de nevoie provocată de manifestarea unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice, explozie sau de producerea unui incendiu sunt următorii:

- a) Numărul de instruiriri/ antrenări privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații;
- c) Numărul exercițiilor de evacuare a clădirilor în diferite situații, planificate și executate;
- d) Numărul exercițiilor de intervenție în diferite situații, planificate și executate;
- e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor se alocă resursele necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente.
- f) Repartiția pacienților relocați în saloane să respecte codificarea privind mobilitatea acestora;
- g) Sunt disponibile suficiente tărgi, cărucioare, paturi cu rotile pentru evacuarea pacienților;
- h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu;
- i) Paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili sunt mobile pot fi evacuate pe ușă.

## **18.65 Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului**

**Art.370.** (1) Reglementarea procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea măsurilor și acțiunilor de intervenție pentru personalul CCBR în vederea evacuării și redisplocării pacienților în cazul declanșării unor situații de urgență cu efecte sau potențial periculos pentru spital, zonele învecinate sau mediul înconjurător;
- b) Stabilirea de măsuri organizatorice privind asigurarea desfășurării actului medical în condiții de siguranță pentru personalul propriu și pacienți pe timpul evacuării și relocării pacienților;
- c) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - o Intervenția cu întârziere în cazul producerii unei situații de urgență și producerea de victime într-un număr mai mare decât cel preconizat;
  - o Prevenirea apariției pe timpul intervenției a unor sincope în desfășurarea actului medical care ar putea afecta/agrava situația/starea pacienților;
  - o Crearea panică/ atacuri de panică;
  - o Blocarea căilor de evacuare;
  - o Externarea unor pacienți care depind de personalul de specialitate pentru continuarea tratamentului;
  - o Executarea cu întârziere a evacuării.

**Art.371.** Etapele procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Stabilirea priorităților de evacuare ținând cont de autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical, procedurile specifice actului medical, mijloacele de transport pentru personalul

evacuat, dimensiunea căilor de evacuare. În situații care impun evacuarea și relocarea pacienților, responsabilitatea pentru stabilirea priorităților de evacuare revine:

- Directorului medical (înlocuitorului legal), în cazul unei evacuări/ relocări totale/generale;
  - Șefilor de secție (înlocuitorului legal), în situația unei evacuări/relocări parțiale.
- b) O măsură preliminară în astfel de situații este marcarea din timp de către asistenții medicali șefi a ușilor saloanelor cu etichete de culoare roșie (pentru persoanele care nu se pot evaca singure), galbenă (pentru persoanele care necesită sprijin la evacuare) și verde (pentru persoanele care se pot evaca singure). Ulterior, repartitia în saloane a pacienților la momentul internării se va face de către asistenții medicali șefi prin luarea în considerare a autonomiei pacienților în caz de producere a unor urgențe.
- c) Evacuarea pacienților se realizează:
- i. în mod organizat, sub supravegherea directă și strictă a personalului medical stabilit prin dispoziția conducerii CCBR;
  - ii. pe locurile dinainte stabilite în incinta spitalului, în baza planurilor de evacuare.
- d) Locurile de adunare temporară la evacuarea clădirii în diferite situații sunt în centrul curțiilor interioare;
- e) Anual, prin decizie a managerului se numește personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor care nu se pot evaca singure;
- f) Periodic, prin Planul cu principalele activități, la propunerea personalului cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se planifică și se execută activități/exerciții de evacuare și relocare la nivelul spitalului în diferite situații;
- g) Periodic, conform Planului cu principalele activități, se verifică existența suficientă și starea mijloacelor proprii destinate evacuării/relocării pacienților în diferite situații: sărgi, cărucioare, paturi cu rotile;
- h) Instruirea periodică a personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor și bunurilor;
- i) La finalul operațiunilor de evacuare, directorul medical sau șefii de secție (înlocuitorii legali), după caz, verifică lista pacienților pentru a se stabili dacă au fost evacuate toate persoanele.
- j) După analizarea situațiilor și a consecințelor/urmărilor evenimentului care a generat evacuarea, conducerea spitalului decide:
- dacă este posibilă revenirea pacienților în spațiile din care au fost evacuați dacă acestea nu sunt afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
  - dacă este necesară și posibilă relocarea pacienților în alte spații la nivelul spitalului, care nu au fost afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
  - dacă este necesară relocarea pacienților în alte spații/unități sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinul structurilor specializate de intervenție în situații de urgență prin apelarea numărului unic 112. Responsabilitatea transmiterii solicitării, la ordinul managerului (înlocuitorului legal), revine directorului medical (înlocuitorului legal). Până la sosirea echipajelor specializate pentru evacuarea și relocarea pacienților, acestora continuă să li se asigure asistență medicală, în limita posibilităților, în spații neafectate, amenajate temporar în incinta spitalului sau în curtea interioară a spitalului.

**Art.372.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Numărul de instruiriri/ antrenări privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații;

- c) Numărul exercițiilor de evacuare, planificate și executate – minim 1 exercițiu / trimestru, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile;
- d) Planificarea și executarea minim a unui exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U.
- e) Repartiția pacienților relocați în saloane să respecte codificarea privind mobilitatea acestora;
- f) Există disponibile suficiente tărgi, cărucioare, paturi cu rotile pentru evacuarea pacienților;
- g) Personalul existent pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu este în permanență suficient;
- h) Paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili să fie mobile și să încapă pe ușă.

#### **18.66 Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia**

**Art.373.** Reglementarea procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia are ca principale scopuri:

- a) Constituirea la nivelul spitalului a unei rezerve de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- c) Inexistența unor resurse materiale de resortul cazarmării, precum și de medicamente și materiale sanitare în rezerva spitalului utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.

**Art.374.** Etapele procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul spitalului în baza deciziei Comitetului director, a fost stabilită ca locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare - spațiul situat parterul clădirii C 3 și în incinta farmaciei spitalului, locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru medicamente.
- b) În baza aceleiași decizii a Comitetului director menționată la lit. a) a fost aprobată "Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități". Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea Șefului Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic și a șefului farmaciei.
- c) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare și materiale sanitare a depozitului pentru calamități situat este la parterul clădirii C 3, atribuită șefului Serviciului Administrativ, Aprovizionare, Achiziții, Transport, Tehnic, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia spitalului este atribuită șefului farmaciei.
- d) Medicamentele aflate în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului vor fi monitorizate de catre șeful farmaciei.

**Art.375.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia sunt următorii:

- a) Asigurarea permanentă în cadrul depozitului de calamități a produselor înscrise în "Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități" aprobată de către Comitetul director.

b) Rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate.

#### **18.67 Accesul personalului în zonele cu risc de accidente de muncă**

**Art.376.** (1) Reglementarea accesului personalului în zonele cu risc de accidente de muncă are ca scop:

- a) asigurarea sănătății și securității în muncă;
- b) prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale
- c) elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
  - producerea de accidente de muncă

**Art.377.** Având în vedere dispozițiile Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006: modificată și actualizată, dispozițiile Hotărârii nr. 1425 / 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006 cu modificările ulterioare, în urma evaluării riscurilor de accidentare și îmbolnăvire profesională, se nominalizează zonele cu risc ridicat și specific din unitate:

Zona / Locul de muncă	Riscuri identificate	Măsurile stabilite în urma evaluării riscurilor
Centrala termică	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explosie</li> <li>• Inhalare monoxid de carbon</li> <li>• Opărire</li> </ul>	Limitarea accesului personalului neautorizat Plasarea de indicatoare de semnalizare de securitate Instalarea detector de gaz Obligativitatea utilizării EIP Instruire periodică privind utilizarea echipamentelor, cazanelor Autorizare/reautorizare ISCIR pt. fochiști
Punct termic	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explosie</li> <li>• Opărire</li> </ul>	Limitarea accesului personalului neautorizat Plasarea de indicatoare de semnalizare de securitate Obligativitatea utilizării EIP
Laborator analize medicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expunere la microorganisme patogene</li> <li>• Substanțe chimice periculoase (toxice, inflamabile)</li> </ul>	Limitarea accesului personalului neautorizat Stocarea separată a substanțelor chimice incompatibile Plasarea întrerupătoarelor în afara încăperii Plasarea de indicatoare de semnalizare de securitate Obligativitatea utilizării EIP Instruire periodică privind utilizarea echipamentelor/aparatelor de laborator și mod de acțiune în caz de împrăștiere accidentală de chimicale/deșeuri infecțioase

Laborator radiologie și imagistică medical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expunere la doze peste limita admisă de radiații</li> </ul>	Limitarea accesului personalului neautorizat Plasarea de indicatoare de semnalizare de securitate Obligativitatea utilizării EIP Monitorizarea lucrătorilor și mediului de muncă prin măsurători periodice
Grup electrogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explosie</li> <li>• Incendiu</li> <li>• Inhalare monoxid de carbon (la grupul din pavilionul H)</li> </ul>	Limitarea accesului personalului neautorizat Plasarea de indicatoare de semnalizare de securitate Obligativitatea utilizării EIP

**Art.378.** Zonele cu risc ridicat și specific reprezintă acele zone din cadrul unității în care au fost identificate riscuri ce pot genera accidente sau boli profesionale cu consecințe grave, ireversibile, respectiv deces sau invaliditate.

**Art.379.** Lista zonelor cu risc ridicat și specific precum și măsurile ce trebuie aplicate se modifică ori de câte ori este nevoie, la introducerea/utilizarea de noi tehnologii sau echipamente cu potențial risc de accidentare și la propunerea conducătorilor locurilor de muncă.

**Art.380.** Lucrătorilor li se aduc la cunoștință zonele cu risc ridicat și specific la angajare, de către responsabilul SSM, cu ocazia instructajului introductiv general și ulterior periodic, de către conducătorii locurilor de muncă.

**Art.381.** Accesul în zonele precizate mai sus este permis doar lucrătorilor care și-au însușit instrucțiunile și în cazuri excepționale vizitatorilor doar dacă sunt însuși de angajații unității.

**Art.382.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Număr de accidente de muncă petrecute în zonele cu risc nominalizate mai sus raportat la numărul de accidente de muncă petrecute în alte zone;
- Număr de accidente de muncă datorate lipsei instruirii, sau instruirii inadecvate; umărul de instruire periodice care cuprind în tematică zonele cu risc ridicat și specific.

Indicatorii de mai sus vor fi analizați anual, iar rezultatele vor fi cuprinse în prima ședință din an a Comitetului SSM.

## **ANEXE**

### **Anexa nr. 1**

#### **Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale**

Către,

**Centrul Clinic de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia”**

**Subsemnatul**, ..... (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal ....., vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

**Subsemnatul**, .....(numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal ....., în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) .....(numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

\*) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacitatei de exercițiu.

**Subsemnatul**, .....(numele și prenumele împuternicitului), cod numeric personal ....., în calitate de împuternicit al pacientului\*) (numele și prenumele pacientului)....., vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

\*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Documente medicale solicitate în copie:

1.

2.

...

X ..... Data ....../....../.....

(semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)

## Anexa nr. 2

### **Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale**

**Subsemnatul**,....., cod numeric personal....., declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate **Centrului Clinic de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia”**, copii ale următoarelor documente:

Documente medicale solicitate în copie:
1.
2.
...
X ..... Data ....../.......
(semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)

## Anexa nr. 3

### **Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale**

**Subsemnatul**, .....(numele și prenumele pacientului), cod numeric personal ....., îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

.....

**Subsemnatul**, .....(numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal ..... , în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ..... , îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

\*) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacitatii de exercitii.

Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
...	

X ..... Data ....../.......
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei .....
X ..... Data ....../.......
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)

**Anexa 4****Formular de solicitare a acreditării pentru jurnaliști****Numele și prenumele:**

Data și locul nașterii	
Cetățenia	
Instituția media reprezentată	
Redacția	
Adresa	
Funcția	
Data încadrării	
Nr. legitimație de presă	
Telefon redacție	
Fax redacție	
E-mail	
Telefon mobil	
E-mail personal	
Date CI/BI - serie, număr, CNP	
Date pașaport - serie, număr, perioada de valabilitate	
Data solicitării acreditării	
Acordul instituției de presă – semnătura, cu numele în clar	

## **Anexa 5**

### **ACORD LIBER CONSIMȚIT**

Subsemnatul,.....CNP.....domiciliat in....., posesor al C.I. seria.....nr....., declar ca am luat la cunostinta despre informatiile cu privire la scopul, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidentialitatii serviciilor psihologice și despre dreptul de a mă retrage oricand de la desfasurarea evaluarii/interventiei psihologice.

Totodată, potrivit dispozițiilor Legii nr. 190/2018 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora și reglementarilor emise în aplicarea acesteia, îmi exprim consimțământul, în mod expres și neechivoc, pentru utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal în vederea realizării și întocmirii „Raportului de psihodiagnostic și evaluare clinica”.

Declar că sunt de acord ca rezultatele evaluării și recomandările psihologului să fie comunicate structurii care solicită evaluarea, managerului și șefului direct.

Data:

Nume și prenume

Semnatura

**Anexa 6**

**RAPORT DE PSIHO DIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ**

1. Numele și prenumele: \_\_\_\_\_
2. Data evaluării: \_\_\_\_\_
3. Motivul evaluării: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Istoric: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Instrumente utilizate pentru evaluare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Concluzii: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Recomandări: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nume, prenume psiholog

## **Anexa 7**

### **Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a pacientului**

Subsemnatul<sup>1</sup>,.....CNP....., domiciliat in....., posesor al C.I. seria.....nr....., declar ca am luat la cunoștința despre informațiile cu privire la scopul, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidențialității serviciilor psihologice și despre dreptul de a mă retrage oricând de la desfășurarea evaluării/intervenției psihologice.

Totodată, potrivit dispozițiilor Legii nr. 190/2018 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora și reglementarilor emise în aplicarea acesteia, îmi exprim consimțământul, în mod expres și neechivoc, pentru utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal în vederea realizării și întocmirii „Raportului de psihodiagnostic și evaluare clinica”.

Declar că sunt de acord ca rezultatele evaluării și recomandările psihologului să fie comunicate medicului curant.

Data: \_\_\_\_\_

Nume și prenume<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Semnatura<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nume, prenume pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

<sup>2</sup> Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

<sup>3</sup> Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

## **Anexa 8**

### **Raport de psihodiagnostic și evaluare clinică**

1. Numele și prenumele: \_\_\_\_\_
2. Data evaluării: \_\_\_\_\_
3. Motivul evaluării: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Istoric: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Instrumente utilizate pentru evaluare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Concluzii: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Recomandări: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nume, prenume psiholog

**Anexa nr. 9****ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT****1. Date pacient:**

Nume și prenume: \_\_\_\_\_

Domiciliul/reședință: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**2. Reprezentantul legal al pacientului** (se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ):

Nume și prenume: \_\_\_\_\_

Domiciliul/reședință: \_\_\_\_\_

Calitate: \_\_\_\_\_

**3. Datele cu caracter personal**

- Colectarea prin mijloace informaticice și scrise, stocarea, arhivarea și distrugerea/ștergerea datelor cu caracter personal în vederea efectuării activității de asistență medicală;
- Accesul securizat al personalului avizat din Instituție la datele cu caracter personal în vederea efectuării activității de asistență medicală;
- Prelucrarea și transferul datelor cu caracter personal, incluse în Fișa de Observație Clinică Generală, în scop de cercetare aplicată, raportare către autorități sau în alte scopuri aflate în beneficiul activității de asistență medicală;
- Informare cu privire la dreptul de acces, opozitie, portabilitate și distrugere/ștergere a datelor cu caracter personal.

**4. Actul medical** (descriere):

- Evaluare clinică: interviu, anamneză, examen clinic general pe aparate și sisteme;
- Monitorizarea/măsurarea tensiunii arteriale;
- Asigurarea accesului venos cu cateter (branule), precum și recoltarea de sânge și produse biologice, după caz, de comun acord cu medicul curant;
- Administrarea de medicamente pe cale cutanată, subcutanată, intradermică, intravenoasă, intramusculară, orală și/sau intrarectală;
- Administrarea de perfuzii endovenoase;
- Artrocenteză și evacuarea lichidului articular și bursal, precum și administrarea de medicamente intra-articular, intra-bursal și peri-articular;
- Efectuarea de proceduri imagistice (radiografii, imagistică prin rezonanță magnetică, ecografii, osteodensitometrie, videocapilaroscopie) și funcționale (electrocardiograma);
- Efectuarea de proceduri fizioterapice la aparate, kinetoterapie, masaj;
- Participarea studenților și rezidenților aflați în perioada de pregătire medicală universitară și post-universitară, alături de medicul curant sau la recomandarea acestuia, la toate etapele examenului clinic, investigațiilor, tratamentului, respectiv interviu și acces la date medicale, evaluare clinică (anamneză, examen clinic general pe aparate și sisteme), monitorizarea și măsurarea tensiunii arteriale, artrocenteză și

evacuarea lichidului articular și bursal, precum și administrarea de medicamente intra-articular, intrabursal, peri-articular.

**5. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:**

Date despre starea de sănătate	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Diagnostic	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Prognostic	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Natura și scopul actului medical propus	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Intervențiile și strategia terapeutică propuse	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor: importanța monitorizării clinico-biologice și a aderenței la tratament	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor: elemente de siguranță ale terapiei utilizate (simptome, semne), raportarea acestora în momentul apariției lor (jurnalul pacientului, rețeaua primară, medicul specialist curant, după caz)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor: conform protocolului de tratament pentru fiecare patologie la caz	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Riscurile neefectuării tratamentului	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu

**6. Consimțământ pentru recoltare:**

Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice

da  nu

**7. Alte informații care au fost furnizate pacientului**

Informații despre serviciile medicale disponibile	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata (identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte (interzicerea fumatului, a consumul de alcool, a substanelor care provoaca dependență etc)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Pacientul a fost încunoștiințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
Pacientului i s-a explicat că este interzisa utilizarea în salon a oricărui aparat electrocasnic (resou, calorifer electric, radio, fierbator, cafetiera etc)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu

I) Subsemnatul

(numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal)

declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către

(numele și prenumele medicului/asistentului medical)

și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și **îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.**

	data:	ora:
<i>semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical</i>		

II) Subsemnatul pacient/reprezentant legal \_\_\_\_\_ declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_  
*(numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul)*  
și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și **îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.**

	data:	ora:
<i>semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical</i>		

Tabel	cu	personalul	medical	care	îngrijește	pacientul
<i>(numele și prenumele pacientului)</i> în funcție de îngrijirea medicală curentă, serviciul de gardă, serviciul de internări, situații clinice la caz						

## **Anexa 10**

### **Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare**

**Subsemnatul**, ...../(numele și prenumele pacientului), cod numeric personal ....., îmi exprim acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unității medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

.....

Data .....

(semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere)

**Subsemnatul**, ....., medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

.....

Data .....

(semnătura medicului care îngrijește pacientul)

## **Anexa 11**

### **Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical**

**Subsemnatul**, ...../(numele și prenumele pacientului), cod numeric personal ....., îmi exprim acordul de a participa la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

**Subsemnatul**, ...../(numele și prenumele reprezentantului legal) cod numeric personal ....., în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ....., îmi exprim acordul pentru participarea acestuia la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

*\*) Se completează în cazul minorilor sau majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacitatei de exercițiu.*

.....

Data .....

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru participarea la învățământul medical)

## **CAPITOLUL XVIII** **DISPOZITII FINALE**

**Art.383.** Prezentul regulament intra in vigoare cu data de inregistrare.

Acesta poate fi modificat si/sau completat ori de cate ori necesitatea de organizare si functionare si disciplina muncii din spital o impun.

**Art.384.** Pe baza prezentului Regulament se vor elabora fisese de post ale salariatilor, acestea urmand sa fie reactualizate periodic.

**Art.385.** Enumerarea drepturilor si obligatiilor din prezentul regulament nu este limitativa, el putandu-se completa cu indatorirea de a indeplini orice alte sarcini de serviciu conform pregatirii sau dispozitiilor cuprinse in actele normative in vigoare.

**Art.386.** Spitalul are obligatia de a-si informa salariajii cu privire la continutul Regulamentului Intern, care se afiseaza la sediul spitalului. Cate un exemplar al prezentului Regulament va fi transmis fiecarei sectii si compartiment din spital. Fiecare sef se sectie, asistenta sefa, sef de compartiment, serviciu va semna de primirea acestuia. Fiecare sef de sectie, asistent sef, sef de compartiment are obligatia de serviciu de a-l aduce la cunostinta fiecarui salariat din sectia/compartimentul/serviciu sau, care va semna pentru luarea la cunostinta a acestuia.

Dovada aducerii la cunostinta o constituie Tabelul nominal privind aducerea la cunostinta salariatilor sectiei/compartimentului/ serviciului a prevederilor Regulamentului intern. (rubrici: nr.crt., data completa (zi, luna an), nume si prenume salariat, functia, semnatura) intocmit in doua exemplare, din care unul ramane in cadrul sectiei iar celalalt se ataseaza exemplarului reglamentului care se afla la serviciul RUNOS.

Conducerea spitalului are obligatia de a avea in permanenta la dispozitie un numar de 3 exemplare, care pot fi solicitate oricand spre studiere de catre angajatii spitalului si a caror punere la dispozitie nu o poate refuza.

Persoanele nou angajate in cadrul societatii sau persoanele detașate la societate de la un alt angajator, vor fi informate din momentul inceperii activitatii asupra drepturilor si obligatiilor ce li se aplică si care sunt stabilite prin Regulamentul Intern.

Orice modificare ce intervine in continutul Regulamentului Intern este supusa procedurilor de informare stabilite in concret la articolele de mai sus.

Manager,  
Prof. Dr. Catalin Codreanu



Președinte Consiliu Etic,  
Dr. Bianca-Margareta Dumitrescu

Consilier juridic  
Mirela Drăgan